

ZABURZENIA OSOBOWOŚCI

UNIwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Zaburzenia osobowości

Problemy diagnozy klinicznej

Redakcja naukowa

LIDIA CIERPIAŁKOWSKA I EMILIA SOROKO



POZNAŃ 2017

Recenzent: prof. dr hab. CZESŁAW CZABAŁA

Wydanie dofinansowane przez Rektora Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,
Zakład Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej UAM
oraz Wydział Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego

© Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydawnictwo Naukowe UAM,
Poznań 2014

Redaktor: EWA DOBOSZ

Redaktor techniczny: DOROTA BOROWIAK

Projekt okładki: EWA WĄSOWSKA

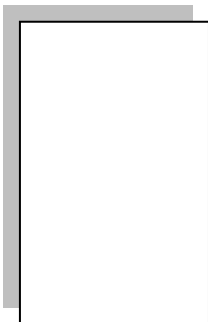
ISBN 978-83-232-2698-7

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIwersYTETU IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU
61-701 POZNAŃ, UL. FREDRY 10
www.press.amu.edu.pl

Sekretariat: tel. 61 829 46 46, faks 61 829 46 47, e-mail: wyd nauk@amu.edu.pl
Dział sprzedaży: tel. 61 829 46 40, e-mail: press@amu.edu.pl

Wydanie I – dodruk. Ark. wyd. 24,0. Ark. druk. 22,75

DRUK I OPRAWA: VOLUMINA.PL DANIEL KRZANOWSKI, SZCZECIN, UL. KS. WITOLDA 7-9



Spis treści

1. Wstęp	13
2. Zaburzenia osobowości w modelach medycznych i w psychologii różnic indywidualnych	15
<i>Lidia Cierpiatkowska, Emilia Soroko</i>	
2.1. Osobowość normalna i zaburzona w klasyfikacjach medycznych i psychologicznych	15
2.2. Post-Kraepelinowskie klasyfikacje zaburzeń osobowości	16
2.2.1. Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego	16
2.2.2. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych	20
2.3. Rozpowszechnienie zaburzeń osobowości	21
2.4. Związki między psychopatologią a psychologią osobowości	23
2.5. Modele diagnozy zaburzeń osobowości	26
2.5.1. Modele kategorialne	27
2.5.2. Modele dymensjonalne	29
2.5.3. Modele oparte na prototypach	31
2.6. Wybrane problemy związane ze sposobami diagnozowania zaburzeń osobowości	32
3. Zaburzenia osobowości w paradygmacie poznawczym	35
<i>Dominika Górską</i>	
3.1. Ewolucyjno-poznawcza teoria zaburzeń osobowości Aaron T. Becka	35
3.1.1. Ewolucyjne źródła zaburzeń osobowości	36
3.1.2. Struktury poznawcze i przetwarzanie informacji w zaburzeniach osobowości	37
3.1.3. Poznawczy model zaburzeń osobowości – mechanizm i profil poznawczy	40

3.1.4. Diagnoza w ewolucyjno-poznawczym podejściu Aarona T. Becka – konceptualizacja	42
3.2. Zaburzenia osobowości w świetle teorii schematów Jeffreya Younga	48
3.2.1. Struktury psychiczne oraz ich społeczne i temperamentalne uwarunkowania	49
3.2.2. Style radzenia sobie ze schematami i reakcje	52
3.2.3. Mechanizm aktywacji – tryby schematów	54
3.2.4. Diagnoza zaburzeń osobowości w teorii schematów – kroki diagnostyczne	56
4. Zaburzenia osobowości w teorii relacji z obiektem	58
<i>Lidia Cierpiatkowska</i>	
4.1. Model konfliktu i deficytu a zaburzenia osobowości	58
4.2. Rozwój struktury osobowości	59
4.2.1. Od zewnętrznych do wewnętrznych relacji <i>self</i> – obiekt	60
4.2.2. Rozwój dziecka w okresie preedypalnym według Margaret Mahler	63
4.2.3. Tworzenie się zintegrowanej osobowości	66
4.3. Patologia organizacji osobowości i jej diagnoza	68
4.3.1. Organizację osobowości <i>borderline</i> i neurotycznej	68
4.3.2. Wywiad strukturalny w diagnozie patologii organizacji osobowości	71
5. Integracyjne modele w diagnozie zaburzeń osobowości	75
<i>Emilia Soroko</i>	
5.1. Ogólna charakterystyka podejść integracyjnych w psychologii klinicznej	75
5.2. Podejście pozaparadygmatyczne – ogólny bio-psycho-społeczny model genezy zaburzeń psychicznych	77
5.3. Podejście pozaparadygmatyczne – zintegrowana teoria etiologii zaburzeń osobowości według Joela Parisa	79
5.3.1. Wybrane czynniki biologiczne w genezie zaburzeń osobowości	81
5.3.2. Wybrane czynniki psychologiczne i społeczno-relacyjne w genezie zaburzeń osobowości	83
5.3.3. Wybrane czynniki społeczno-kulturowe w genezie zaburzeń osobowości	84
5.4. Integracyjny model paradygmatyczny – ewolucyjno-społeczna teoria uczenia się Theodore’a Millona	86
5.4.1. Podstawy biospołecznej teorii uczenia się	86
5.4.2. Ewolucyjne podłoże wyróżniania spektrów osobowości	88
5.5. Diagnozowanie obszarów funkcjonowania osobowości w integracyjnym modelu osobowości Westena	91
6. Paranoiczne zaburzenie osobowości	96
<i>Emilia Soroko</i>	
6.1. Wprowadzenie	96
6.2. Paranoiczne zaburzenie osobowości – obraz kliniczny	97

6.3. Problematyka współwystępowania z innymi zaburzeniami	99
6.4. Cechy deskryptywne a dynamika osobowości paranoicznej	101
6.5. Opis przypadku	102
6.6. Etiologia paranoicznego zaburzenia osobowości w pozateoretycznym modelu integracyjnym	104
6.7. Poznawczo-behawioralne podejście w wyjaśnianiu paranoicznego zaburzenia osobowości	107
6.7.1. Funkcjonowanie poznawcze	108
6.7.2. Funkcjonowanie interpersonalne	109
6.8. Psychodynamiczne podejście w wyjaśnianiu paranoicznego zaburzenia osobowości	111
6.8.1. Psychoanaliza klasyczna	111
6.8.2. Perspektywa psychopatologii rozwojowej i teorie relacji z obiektem	113
6.8.3. Psychologia <i>ego</i>	115
6.8.4. Psychologia <i>self</i> – symptomy paranoiczne a narcyzm	116
7. Schizoidalne zaburzenie osobowości	118
<i>Monika Marszał</i>	
7.1. Wprowadzenie	118
7.2. Schizoidalne zaburzenie osobowości – obraz kliniczny	118
7.2.1. Kryteria diagnostyczne według klasyfikacji psychiatrycznych	118
7.2.2. Obraz kliniczny	120
7.2.3. Cechy jawne i ukryte	122
7.2.4. Typy osobowości schizoidalnej	123
7.2.5. Opis przypadku	124
7.3. Kryteria stosowane w diagnozie różnicowej	126
7.4. Etiologia schizoidalnego zaburzenia osobowości	128
7.4.1. Koncepcje biologiczne	128
7.4.2. Koncepcje psychodynamiczne	130
7.4.3. Styl przywiązania do opiekuna a cechy osobowości schizoidalnej	134
7.4.4. Koncepcje poznawczo-behawioralne	137
7.4.5. Bio-psycho-społeczna koncepcja Theodore’a Millona	139
8. Schizotypowe zaburzenie osobowości	140
<i>Tomasz Pasikowski</i>	
8.1. Wprowadzenie	140
8.2. Opis schizotypowego zaburzenia osobowości	141
8.2.1. Klasyfikacje medyczne	141
8.2.2. Funkcjonowanie osób z StZO	144
8.2.3. Opis przypadku	145
8.3. Problemy diagnostyczne i współzachorowalność	147
8.4. Psychologiczne koncepcje wyjaśniające	148
8.4.1. Koncepcje psychodynamiczne	148

8.4.2. Koncepcje poznawczo-behawioralne	150
8.4.3. Inne koncepcje	151
9. Narcystyczne zaburzenie osobowości	154
<i>Jerzy Gościński</i>	
9.1. Wprowadzenie	154
9.2. Obraz kliniczny	154
9.2.1. Narcystyczne zaburzenie osobowości w klasyfikacjach medycznych	154
9.2.2. Opis przypadku	157
9.3. Koncepcje wyjaśniające	158
9.3.1. Współczesne podejście psychoanalityczne	158
9.3.2. Narcyzm w koncepcji Heinza Kohuta	159
9.3.3. Narcyzm w ujęciu Ottona Kernberga	163
9.3.4. Podejście poznawcze	167
9.3.5. Narcyzm w teorii społecznego uczenia się	169
10. Zaburzenie osobowości <i>borderline</i>	171
<i>Lidia Cierpiatkowska</i>	
10.1. <i>Borderline</i> jako typ i struktura osobowości	171
10.2. Obraz kliniczny zaburzenia osobowości <i>borderline</i>	172
10.2.1. Zaburzenie osobowości <i>borderline</i> w modelach medycznych	172
10.2.2. Model kategoryjalno-dymensjonalny zaburzenia osobowości <i>borderline</i> w DSM-V	177
10.2.3. Oblicza zaburzeń osobowości <i>borderline</i> i ich rozpowszechnienie	178
10.2.4. Opis przypadku	179
10.3. Koncepcje wyjaśniające genezę i patomechanizm zaburzeń <i>borderline</i>	181
10.3.1. Teoria relacji z obiektem i psychologia <i>ego</i>	181
10.3.2. Koncepcje poznawczo-behawioralne wzorców zachowania i stylów schematów w zaburzeniu <i>borderline</i>	187
10.3.3. Biospołeczna koncepcja dysfunkcji systemu regulacji emocji	190
10.3.4. Bio-psycho-społeczny model zaburzeń osobowości <i>borderline</i>	195
11. Histrioniczne zaburzenie osobowości	198
<i>Jarosław Groth</i>	
11.1. Norma i patologia	198
11.2. Obraz HZO – funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze i interpersonalne ..	199
11.2.1. Opis przypadku	204
11.3. Problemy diagnostyczne i współwystępowanie	205
11.4. Psychologiczne koncepcje wyjaśnienia genezy i patomechanizmu	209
11.4.1. Osobowość histrioniczna w ujęciu psychoanalitycznym	209
11.4.2. Osobowość histrioniczna w ujęciu poznawczo-behawioralnym	211

12. Psychopatyczne/ antyspołeczne zaburzenia osobowości	214
<i>Beata Pastwa-Wojciechowska</i>	
12.1. Wprowadzenie	214
12.2. Psychopatyczne/ antyspołeczne zaburzenia osobowości – obraz kliniczny ..	215
12.2.1. Kryteria diagnostyczne według klasyfikacji psychiatrycznych	215
12.2.2. Koncepcja psychopatii Roberta D. Hare’a	217
12.2.3. Obraz kliniczny	218
12.2.4. Typy osobowości psychopatycznej	221
12.2.5. Opis przypadku	221
12.3. Kryteria stosowane w diagnozie różnicowej	223
12.4. Etiologia psychopatycznych/ antyspołecznych zaburzeń osobowości	227
12.4.1. Koncepcje biologiczne	227
12.4.2. Koncepcje psychodynamiczne	231
12.4.3. Koncepcje poznawczo-behawioralne	232
12.4.4. Bio-psycho-społeczna koncepcja Theodore’a Millona	233
13. Unikające zaburzenie osobowości	235
<i>Anna Kwiecień</i>	
13.1. Norma i patologia unikania	235
13.2. Opis zaburzenia osobowości unikającej	235
13.2.1. Zaburzenie osobowości unikającej w modelach medycznych	236
13.2.2. Typy osób z zaburzeniem osobowości unikającej oraz funkcjonowa-	
nie osób z ZOU	238
13.2.3. Opis przypadku	242
13.2.4. Problemy diagnostyczne i współzachorowalność – diagnoza różni-	
cowa	244
13.3. Psychologiczne koncepcje wyjaśnienia genezy i patomechanizmu	245
13.3.1. Osobowość unikająca w koncepcji poznawczo-behawioralnej	245
13.3.2. Osobowość unikająca w koncepcji Karen Horney	249
13.3.3. Osobowość unikająca w ujęciu Ottona Kernberga	251
13.3.4. Osobowość unikająca w koncepcji schematów Jeffreya Younga	251
13.3.5. Czynniki konstytucyjne oraz wpływ doświadczeń wczesnodziecię-	
cych na kształtowanie zaburzeń osobowości unikającej	252
13.3.6. Osobowość unikająca w koncepcji Theodore’a Millona	254
14. Zależne zaburzenie osobowości	256
<i>Dominika Górską</i>	
14.1. Zależność zdrowa i patologiczna	256
14.2. Charakterystyka osobowości zależnej	259
14.2.1. Kryteria rozpoznawania osobowości zależnej w klasyfikacjach zabu-	
rzeń psychicznych	259
14.2.2. Styl funkcjonowania	260
14.2.3. Opis przypadku	262
14.2.4. Współwystępowanie i diagnoza różnicowa	263

14.3. Osobowość zależna – koncepcje wyjaśniające	265
14.3.1. Poznawcza konceptualizacja osobowości zależnej	265
14.3.2. Rozumienie zależności w teorii schematów Jeffreya Younga	268
14.3.3. Klasyczna teoria psychoanalityczna: oralność i „poza oralnością”	269
14.3.4. Teorie relacji z obiektem	271
14.3.5. Integracyjny model Roberta Bornsteina	273
15. Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości	277
<i>Marta Andrałojć, Michał Ziarko</i>	
15.1. Normalna i patologiczna sumienność	277
15.2. Cechy obsesyjno-kompulsyjnego zaburzenia osobowości	278
15.2.1. Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości w klasyfikacji nozo-	
logicznej: od ICD-10 do DSM-V	278
15.2.2. Funkcjonowanie osób z obsesyjno-kompulsywnym zaburzeniem oso-	
bowości	280
15.2.3. Opis przypadku	283
15.3. Osobowość obsesyjno-kompulsyjna a zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne ..	284
15.4. Koncepcje wyjaśniające obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości	285
15.4.1. Koncepcje psychodynamiczne	285
15.4.2. Koncepcje poznawczo-behawioralne	287
16. Zaburzenia osobowości w okresie dojrzewania	290
<i>Anna Frączek</i>	
16.1. Wprowadzenie	290
16.2. Kształtowanie się osobowości jako długotrwały proces	291
16.3. Klasyfikacje zaburzeń psychicznych w adolescencji	292
16.4. Klasyfikacje i geneza zaburzeń osobowości w ujęciu psychodynamicznym	293
16.5. Narcystyczne zaburzenia osobowości	294
16.5.1. Etiologia narcystycznego zaburzenia osobowości w adolescencji	294
16.5.2. Cechy narcystycznych zaburzeń osobowości u adolescentów	295
16.6. Antyspołeczne zaburzenie osobowości u adolescentów	298
16.6.1. Etiologia antyspołecznego zaburzenia osobowości u adolescentów ..	298
16.6.2. Cechy antyspołecznych zaburzeń osobowości u adolescentów	298
16.7. Zaburzenia osobowości <i>borderline</i> u adolescentów	300
16.7.1. Etiologia zaburzenia <i>borderline</i>	300
16.7.2. Cechy zaburzeń osobowości <i>borderline</i> u adolescentów	301
17. Zaburzenia seksualne w zaburzeniach osobowości	303
<i>Maria Beisert, Agnieszka Izdebska</i>	
17.1. Wprowadzenie	303
17.2. Seksualność i zaburzenia seksualne człowieka	303
17.3. Współwystępowanie zaburzeń seksualnych i zaburzeń osobowości w świe-	
tle badań empirycznych	306

17.4. Teoretyczne podłoże współwystępowanie zaburzeń seksualnych i zaburzeń osobowości	313
17.5. Funkcjonowanie seksualne i zaburzenia seksualne u osób na poszczególnych poziomach organizacji osobowości	314
17.5.1. Organizacja osobowości neurotyczna	314
17.5.2. Organizacja osobowości <i>borderline</i> – poziom wyższy	317
17.5.3. Organizacja osobowości <i>borderline</i> – poziom niższy	318
18. Perspektywa społeczno-kulturowa a zaburzenia osobowości	321
<i>Piotr Olesiński, Dariusz Rosiński</i>	
18.1. Wprowadzenie	321
18.2. Perspektywa społeczno-kulturowa a zaburzenia osobowości w systemach diagnostycznych	322
18.3. Koncepcje akcentujące perspektywę społeczno-kulturową	329
18.4. Wartość uwzględniania perspektywy społeczno-kulturowej przy diagnozie zaburzeń osobowości	333
Literatura	335

1

Wstęp

Zaburzenie osobowości jako jednostka kliniczna od zawsze stanowi ogromne wyzwanie dla twórców wielu koncepcji osobowości i różnych przejawów jej psychopatologii. Przez ostatnie dziesięć lat od wydania pracy pt. *Psychologia zaburzeń osobowości* pod redakcją Lidii Cierpiałkowskiej zaszły spore zmiany w rozumieniu istoty i uwarunkowań zaburzeń osobowości w modelach medycznych i paradygmatach psychologicznych. Dużo wydarzyło się zarówno pod względem teoretycznym, jak i empirycznym w tym obszarze. Zaburzenia osobowości to obecnie nie tylko konstrukt teoretyczny. Jest on bowiem wsparty wynikami wielu badań, których celem było i jest weryfikowanie założeń koncepcji psychoanalitycznych, poznawczo-behawioralnych czy humanistycznych. Badania te prowadzone są w ramach różnych modeli zaburzeń osobowości: kategorialnych, dymensjonalnych czy opartych na prototypach.

Sz szczególnie ważna z praktycznego oraz empirycznego punktu widzenia jest naszym zdaniem perspektywa takiej diagnozy klinicznej, która wykraçałaby poza opis zaburzeń osobowości i dawała spójne wyjaśnienie mechanizmów nabywania i kształtowania się struktur psychicznych oraz interakcji czynników psychicznych z biologicznymi i społeczno-kulturowymi w zaburzeniach osobowości. Z tego powodu w niniejszej monografii poza modelami medycznymi i psychologii różnic indywidualnych, Czytelnik znajdzie propozycje konceptualizacji zaburzeń osobowości w modelach psychologicznych, wywodzących się z paradygmatu psychodynamicznego, poznawczego i integracyjnego. Ponadto poszczególne zaburzenia osobowości zostały zaprezentowane w osobnych, podobnie skonstruowanych rozdziałach. Każdy rozdział zawiera kryteria diagnozy opisowej, różnicowej (z uwzględnieniem wprowadzonej w bieżącym roku nowej wersji podręcznika klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-V), przypadek kliniczny, a także najważniejsze teoretyczne koncepcje wyjaśniające genezę i mechanizm utrzymywania się danego typu zaburzenia osobowości. Dodatkowo

w osobnych rozdziałach omówiono ważne problemy diagnostyczne dotyczące zaburzeń osobowości w okresie dojrzewania, związków zaburzeń seksualnych z zaburzeniami osobowości oraz znaczenie perspektywy społeczno-kulturowej.

W pracy diagnostycznej i terapeutycznej klinicyści, zwłaszcza terapeuci, psycholodzy i psychiatrzy stosunkowo często mają do czynienia z pacjentami z zaburzeniem osobowości. Jest to zaburzenie, które charakteryzuje się największym rozpowszechnieniem zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Diagnozowane jest jako odrębna jednostka kliniczna, chociaż bardzo często współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak: schizofrenia, zespoły urojeniowe, zaburzenia afektywne czy uzależnienie od środków psychoaktywnych. Ponieważ zaburzenia osobowości rozwijają się już w dzieciństwie i nabierają wyraźniejszego obrazu klinicznego w adolescencji, dlatego w wielu badaniach pokazuje się ich związki z innymi zaburzeniami psychicznymi. Na przykład uzależnienie od alkoholu często rozwija się na podłożu antyspołecznego czy *borderline* zaburzenia osobowości, zaburzenia afektywne mają u podstaw osobowość zależną, masochistyczną czy narcystyczną, natomiast niektóre postaci schizofrenii współwystępują ze schizotypowym zaburzeniem osobowości. Nakładanie się i przenikanie symptomów różnych zaburzeń psychicznych powoduje, że postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne jest szczególnie trudne, zwłaszcza gdy opiera się ona na kryteriach systemów klasyfikacyjnych DSM-IV R czy ICD-10. Biorąc pod uwagę trudności w trafnym diagnozowaniu zaburzeń osobowości oraz znaczenia takiej diagnozy dla prowadzenia adekwatnego postępowania terapeutycznego, autorzy monografii prezentują współczesne osiągnięcia medycyny i psychologii w tym obszarze. Monografia jest skierowana nie tylko do klinicystów i terapeutów, ale także innych specjalistów zajmujących się funkcjonowaniem człowieka w różnych okresach życia. Szczególnie przydatna wydaje się dla studentów psychologii, medycyny czy pedagogiki, gdyż obok prezentacji modeli wyjaśniających psychopatologię osobowości, zawiera także opisy przypadków konkretnych typów zaburzeń osobowości.

Lidia Cierpiatkowska

Emilia Soroko

2

Zaburzenia osobowości w modelach medycznych i w psychologii różnic indywidualnych

Lidia Cierpiałkowska, Emilia Soroko

2.1. Osobowość normalna i zaburzona w klasyfikacjach medycznych i psychologicznych

Osobowość dojrzała i różne postaci jej zaburzeń są przedmiotem zainteresowania badaczy i praktyków klinicznych, którzy tworzą coraz to inne koncepcje umożliwiające ich różnicowanie. Modele i klasyfikacje medyczne wypracowały kryteria pozwalające na odróżnienie zaburzeń osobowości od innych jednostek klinicznych oraz wskazały na charakterystyczne cechy wyodrębnionych typów zaburzeń osobowości. W psychologii wskazać można przynajmniej na dwa główne nurty poszukiwań, w których próbuje się odpowiedzieć na pytanie: jak konceptualizować i tworzyć opis osobowości (por. Widiger, Costa, 1994; Clarkin, 2006). Pierwszy, nazywany często podejściem paradygmatycznym, opiera się na założeniach o psychicznej istocie człowieka i wynikających z nich przesłanek o ścieżkach rozwoju normalnej i zaburzonej osobowości, które poddaje się empirycznej weryfikacji (np. koncepcje Kernberg, 1984; Beck, Freeman, Devis, 2005). Drugi wywodzi z teorii cech, w której prowadzi się badania nie tylko nad stałością cech i dyspozycji behawioralnych, ale także poszukuje się różnic indywidualnych między ludźmi, wskazując na charakterystyczne profile nasilenia cech osobowości, osób normalnych i tych z zaburzeniami psychicznymi (np. modele Costa, McCrae, 1992; Cloninger, 1997).

Od prawie pół wieku, przede wszystkim w psychologii różnic indywidualnych, ale także w podejściach psychodynamicznym i poznawczo-behawioralnym prowadzone są rozważania teoretyczne i badania, które próbują rozstrzygnąć trzy ważne zagadnienia. Po pierwsze, w jakim stopniu procedura wyodrębniania zaburzeń psychicznych powinna uwzględniać koncepcje prototypów, wielowymiarowych dymensji bądź kategorii typów osobowo-

ści normalnej czy zaburzonej; po drugie, czy pomiędzy cechami osobowości normalnej i patologicznej istnieje pewna ciągłość, czy są to raczej dwie oddzielne kategorie; po trzecie, jaki jest charakter podstawowych procesów i właściwości struktury i organizacji osobowości normalnej i zaburzonej (por. Clarkin, 2006; Lenzenweger, Clarkin, 2005). W celu wyodrębnienia klas zaburzeń psychicznych, a także typów zaburzeń osobowości, w klasyfikacjach medycznych zaburzeń psychicznych, jak i w podejściach paradygmatycznych stosuje się najczęściej eksploracyjną i konfirmacyjną analizę czynnikową. Eksploracyjna analiza czynnikowa (*exploratory factor analysis, EFA*) umożliwia zdefiniowanie struktury czynników w uzyskanym materiale empirycznym. Za pomocą zaś konfirmacyjnej analizy czynnikowej (*confirmatory factor analysis, CFA*) weryfikuje się stopień dopasowania, stworzonej przez badaczy, teoretycznej macierzy zależności (tzw. prototyp) z empirycznie wyłonioną macierzą korelacji (wysoki stopień dopasowania świadczy o wysokiej trafności teoretycznej modelu). *EFA* stosuje się raczej w celach eksploracyjnych, natomiast *CFA* weryfikacyjnych (Widiger, Sanderson, 1995).

2.2. Post-Kraepelinowskie klasyfikacje zaburzeń osobowości

2.2.1. Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Od przeszło 30 lat teoria i badania nad zaburzeniami osobowości rozwijają się bardzo dynamicznie, co pozostaje w ścisłym związku z nadaniem im, w trzecim wydaniu Diagnostycznego i Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychiczych (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) – DSM-III (APA, 1980), statusu odrębnej jednostki klinicznej i umieszczeniem na Osi I. Chociaż kategoria zaburzenia osobowości pojawiła się już w pierwszym wydaniu DSM-I (APA, 1952), w którym zdefiniowano je jako mniej lub bardziej trwałe wzorce zachowania i interakcji międzyludzkich, które miały początek w dzieciństwie, a utrwały we wczesnej dorosłości, to w drugim DSM (1968) uznano, że może być ono źródłem cierpienia (czyli dominujące objawy są *ego-dystoniczne*, a nie, jak sądzono dotąd, *ego-syntoniczne*). W DSM-III do na Osi I umieszczono te, które uważa się za epizodyczne, przebiegające w cyklu – zaostrzenie, zanikanie objawów i remisja, czyli takie

jak: psychozy, zaburzenia afektywne oraz zaburzenia lękowe. Konsekwentnie na Osi II znalazły się zaburzenia osobowości i upośledzenie umysłowe, ponieważ uznano, że obie grupy składają się z uporczywych zaburzeń, spośród których upośledzenie umysłowe traktowano jako stan pochodzenia biologicznego, natomiast zaburzenia osobowości były traktowane na ogół jako „psychogenne”. Jak podano, zaburzenia osobowości zostały umieszczone na Osi II po to, aby zapewnić, że „zostanie rozpatrzone możliwe występowanie zaburzeń, które są często niedostrzegane, kiedy uwaga kieruje się na zwykle bardziej wyraziste zaburzenia z Osi I” (APA, 1980, s. 23). W DSM-III dodano trzy nowe zaburzenia osobowości: schizotypowe, *borderline* i narcystyczne. Od wydania trzeciego sytuacja zmieniła się znacząco, aktualnie zaburzenia osobowości są przedmiotem zainteresowania szerokiego grona klinicystów i terapeutów.

W klasyfikacji DSM-IV (APA, 1994) i kolejnej jej rewizji DSM-IV TR (APA, 2000) kategoria zaburzeń osobowości umieszczona jest na Osi II i wyodrębniono trzy jej wiązki (*clusters*): wiązka A – to zaburzenia osobowości charakteryzujące się dziwacznością i ekscentrycznością, czyli osobowość paranoiczna, schizotypowa i schizoidalna; wiązka B – zaburzenia odznaczające się dramatycznością, emocjonalnością i lekceważeniem konsekwencji, czyli osobowość narcystyczna, *borderline*, histrioniczna i socjopatyczna; wiązka C – to zaburzenia osobowości charakteryzujące się napięciem, lękiem i przerażeniem, czyli osobowość unikająca, bierno-zależna i obsesyjno-kompulsyjna. Z ostatniej grupy zaburzeń usunięto osobowość pasywno-agresywną, ponieważ uznano, że jej objawy nie mają specyficznego charakteru i można je zaobserwować w obrazie klinicznym innych zaburzeń osobowości.

Oddzielny typ stanowi nieokreślone zaburzenie osobowości NOS (skrót od: *not otherwise specified*). Utworzono go dla tych objawów zaburzeń osobowości, które nie spełniają kryteriów zaburzeń wiązki A, B lub C. Przykładem może być wystąpienie cech więcej niż jednego zaburzenia osobowości, czyli osobowości mieszanej, której objawy powodują znaczne cierpienie lub pogorszenie w jednym lub wielu obszarach funkcjonowania (np. społecznym czy zawodowym) jednostki. Jeżeli klinicysta stwierdzi wystąpienie symptomów zaburzenia osobowości, które nie odpowiadają żadnemu ze specyficznych typów, to powinien je zaklasyfikować do tego rodzaju zaburzenia. Taki sposób postępowania odnosi się na przykład do osobowości depresyjnej czy bierno-agresywnej (por. DSM-IV, Appendix B). Ogólne kryteria diagnostyczne dla zaburzeń osobowości przedstawiono poniżej.

Ogólne kryteria diagnostyczne Zaburzeń osobowości
kryteria DSM-IV TR (APA, 2000)

- A. Utrwalony wzór (typ) wewnętrznego przeżywania i zachowań, który w znaczącym stopniu odbiega od oczekiwań występujących w kulturze, w której żyje dana osoba. Przejawiają się w dwóch (lub więcej) z następujących obszarów:
- 1) poznania (tzn. sposób postrzegania i interpretowania siebie, innych ludzi i zdarzeń);
 - 2) afektywnym (tzn. sile, stopniu zmienności i adekwatności reakcji emocjonalnych do bodźców i zdarzeń);
 - 3) funkcjonowaniu interpersonalnym (tzn. sposobu nawiązywania i utrzymywania relacji z osobami bliskimi, konflikty;
 - 4) kontroli impulsów (np. agresywnych, seksualnych).
- B. Wzór ten jest sztywny i przejawia się w wielu sytuacjach osobistych i społecznych.
- C. Wzór ten prowadzi do klinicznie znaczącego cierpienia lub upośledzenia funkcjonowania społecznego, zawodowego bądź w innych dziedzinach funkcjonowania.
- D. Wzór ten jest stabilny i długotrwały, a jego powstanie zaznacza się co najmniej w okresie adolescencji lub wczesnej dorosłości.
- E. Nie można go lepiej wyjaśnić występowaniem przejawów manifestacji lub konsekwencją innego zaburzenia psychicznego.
- F. Utrwalony wzór nie jest spowodowany bezpośrednim fizjologicznym działaniem substancji (np. narkotyków bądź leków) lub stanem ogólnomedycznym (np. urazem głowy).

Jeśli pacjent spełnia odpowiednie kryteria Osi I, II i III DSM-IV TR (APA, 2000), to klinicysta może zdiagnozować nawet trzy różne jednostki kliniczne, na przykład uzależnienie od alkoholu, osobowość *borderline* czy antyspołeczną i marskość wątroby z powodu nadużywania alkoholu niekonsumpcyjnego. O ile łączne wystąpienie zaburzeń z Osi I czy II oraz Osi III nie budzi większych zastrzeżeń wśród klinicystów, o tyle możliwość rozpoznania równocześnie zespołów zaburzeń z Osi I i Osi II skłania do stawiania wielu pytań nie tylko na temat trafności wyodrębnionych jednostek klinicznych w DSM-IV TR, ale przede wszystkim na temat związków pomiędzy zespołami znaczącymi klinicznie a zaburzeniami osobowości (Cierpiałkowska, 2004).

Daleko idące zmiany proponowane są w kolejnym, piątym wydaniu DSM, w którym zaburzenia osobowości opisuje się, podobnie jak w poprzednich wydaniach tej klasyfikacji, jako istotne niepowodzenie adaptacyjne jednostki, widoczne na tle oczekiwań społeczno-kulturowych. Proponowane zmiany spowodowane są wynikami badań, które przyniosły znacząco

różne rezultaty niż te, które, od lat, są szeroko popularyzowane. Do najważniejszych należą: 1) wyniki badań podłużnych, które zasadniczo podważają tezę o stałości i występowaniu objawów zaburzeń osobowości w różnych sferach funkcjonowania jednostki; 2) badania nad trafnością teoretyczną zdefiniowanych w DSM zaburzeń osobowości oraz 3) badania nad użytecznością systemów klasyfikacyjnych opartych na podejściu dymensjonalnym w odróżnieniu od dotychczas stosowanego podejścia kategorialnego (Oldham, 2010).

Po roku 2000 opublikowano wyniki trzech badań podłużnych: *Children in the Community* (CCI) (Cohen i in. 2005), *Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study* (CLPS; Skodol i in., 2005) oraz *McLean Study of Adult Development* (MSAD; Zanarini i in. 2005), które pokazują, że u pacjentów z zaburzeniami osobowości występują remisje. Na przykład rezultaty CLPS pokazały, że po 2 latach pojawia się remisja u dość dużej grupy pacjentów z osobowością *borderline*, schizotypową, obsesyjno-kompulsyjną i unikającą, a wyniki MSAD, że u 74% pacjentów *borderline* nastąpiła remisja w ciągu 6 lat trwania badania, a 6% z tej grupy doświadczyło nawrotów.

Badania potwierdzają wysoką trafność teoretyczną zaburzeń osobowości schizotypowej, *borderline* i antyspołecznej, natomiast znacznie mniejszą stwierdzają co do pozostałych typów z wiązek A, B i C. Osobowość schizotypowa poprzedza często wystąpienie schizofrenii, czego nie można zaobserwować w wypadku osobowości schizoidalnej. Brak także dowodów o trafności teoretycznej wyodrębniania osobowości histrionicznej i narcystycznej z wiązki B oraz unikającej z wiązki C, która wydaje się pewną utrwaloną formą lęku społecznego. Klinicyści podkreślają, że tematy narcystyczne i histrioniczne obserwuje się u pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi, a także w szeroko rozumianej normie. Prawdopodobnie w DSM-V zostaną wyodrębnione następujące zaburzenia osobowości: schizotypowa, *borderline*, antyspołeczna, unikająca i obsesyjno-kompulsyjna, a pozostałe zostaną potraktowane jako niespecyficzne lub zakwalifikowane do innych zaburzeń (Oldham, 2010).

W DSM-V objawy zaburzeń osobowości grupuje się w trzy kategorie – zaburzenia integracji tożsamości i poczucia Ja, zaburzenia w funkcjonowaniu interpersonalnym, związane ze słabą orientacją w motywach postępowania innych ludzi i osłabioną empatią oraz patologiczne cechy osobowości charakterystyczne dla każdego z typów zaburzeń osobowości. W poprzednich wydaniach DSM większą uwagę poświęcano takim objawom, jak: dysregulacji emocjonalnej, trudnościom w kontroli popędów czy zaburzeniom poznawczym. Pojawiło się także wiele wątpliwości na temat podejścia kategorialnego do zaburzeń osobowości i przychylności do ich traktowania

w sposób dymensjonalny. W związku z proponuje się ocenę tychże przejawów zaburzeń funkcjonowania według trzypunktowej skali – nie dotyczy (0 punktów), w pewnym stopniu dotyczy (1 punkt), wyraźnie dotyczy (2 punkty) oraz w najwyższym stopniu dotyczy (3 punkty). Taki system ocen umożliwiłby podejście dymensjonalne i możliwość diagnozowania także stylu osobowości (Firs i in., 2002; Oldham, 2010).

2.2.2. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych

W rozdziale V Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines*, WHO, 1992/2000) zatytułowanym Zaburzenia Psychiczne i Zaburzenia Zachowania znajduje się opis i wskazówki diagnostyczne dla rozpoznania zaburzeń psychicznych i zespołów klinicznych. Dział F60.- do F69.- obejmuje różnorodne stany kliniczne i wzorce zachowania, które mają tendencje do utrzymywania się i są przejawem charakterystycznego dla danej osoby stylu życia oraz sposobu odnoszenia się do siebie i innych ludzi (ICD-10, WHO, 2000, s. 169). Do tego typu stanów, podobnie jak w klasyfikacji DSM, zalicza się głęboko utrwalone wzorce zachowania przejawiające się mało elastycznymi reakcjami w różnorodnych sytuacjach indywidualnych i społecznych. Zachowania te są znacząco odmienne od przeciętnego w danej kulturze sposobu spostrzegania, myślenia i odczuwania, a w szczególności odnoszenia się do innych ludzi. Często, choć nie zawsze są one związane z subiektywnym poczuciem cierpienia oraz trudnościami w funkcjonowaniu społecznym i osiągnięciach życiowych.

W ICD-10 wyróżnia się trzy grupy zaburzeń osobowości i zachowania się dorosłych.

Specyficzne zaburzenia osobowości (F60) – to ciężkie zaburzenia struktury charakteru i sposobu zachowania się, zazwyczaj obejmujące kilka wymiarów osobowości, które prawie zawsze związane są z zaburzeniami w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym jednostki. Pojawiają się zazwyczaj w okresie późnego dzieciństwa lub w adolescencji i trwają w życiu dorosłym. Do grupy specyficznych zaburzeń osobowości zalicza się: F60.0 Osobowość paranoiczną (obejmuje ona również osobowość ekspansywno paranoiczną, fanatyczną, pieniaczą i sensytywno-paranoiczną); F60.1 Osobowość schizoidalną; F60.2 Osobowość dyssocjalną (obejmuje ona również osobowość amoralną, antyspołeczną, asocjalną, psychopatyczną i socjopatyczną); F60.3 Osobowość chwiejną emocjonalnie w postaci dwóch typów

– F60.30 typ impulsywny (obejmuje również osobowość eksplozywną i agresywną) oraz F60.31 typ *borderline* (z pogranicza); F60.4 Osobowość histrioniczną (obejmuje ona również osobowość histeryczną i psychoinfantylną); F60.5 Osobowość anankastyczną (obejmuje ona również osobowość kompulsyjną i obsesyjną oraz obsesyjno-kompulsyjną); F60.6 Osobowość lękliwą (unikającą); F60.7 Osobowość zależną (obejmuje ona również osobowość asteniczną, nieadekwatną, bierną i samoponiżającą się); F60.8 Inne określone zaburzenia osobowości, które nie mieszczą się w żadnej ze specyficznych kategorii opisanych od F60.0 do F60.7 (kategoria ta obejmuje osobowość ekscentryczną, typu *haltlose*, niedojrzałą, narcystyczną, bierno-agresywną i psychoneurotyczną); F60.9 Zaburzenia osobowości bliżej nieokreślone (skrót: BNO) (obejmuje nieokreśloną nerwicę charakteru oraz nieokreśloną patologiczną osobowość)

Zaburzenia osobowości mieszane i inne (F61) – to takie, które często są kłopotliwe w diagnozowaniu, ponieważ nie przejawiają się specyficznym wzorcem zachowania.

Trwałe zmiany osobowości nie wynikające z uszkodzenia ani z chorób mózgu (F62) – to zaburzenia zachowania i osobowości u osób dorosłych, które powstają w następstwie stresu o rozmiarach katastrofy bądź stresu silnego i przedłużającego się lub w następstwie poważnej choroby psychicznej (w tym ostatnim przypadku przed zachorowaniem nie występowało u jednostki zaburzenie osobowości). Zmiana osobowości powinna być znacząca i przejawiać się sztywnym i niedostosowanym do sytuacji zachowaniem, które nie występowało przed patogennym doświadczeniem (ICD-10, WHO, 2000, s. 175).

W postępowaniu diagnostycznym zaleca się oddzielenie zaburzeń osobowości od innych zaburzeń psychicznych. Jeśli zaburzenia osobowości poprzedzają bądź następują po – ograniczonych w czasie lub przewlekłych – zaburzeniach psychicznych należy rozpoznać obydwa zespoły kliniczne (Dittmann, Ermer, Stieglitz, 2005). Użycie trzech osi ICD-10 przez klinicystę, który dokonuje diagnozy różnicowej, wymaga połączenia jego wiedzy o charakterystycznych objawach występujących u konkretnego pacjenta z aktualnie działającymi czynnikami społecznymi. Historia i kontekst wystąpienia objawów umożliwia trafną diagnozę różnicową.

2.3. Rozpowszechnienie zaburzeń osobowości

Głównym celem badań epidemiologicznych w zakresie zdrowia psychicznego jest określenie tego, jak często dane zaburzenie występuje w ciągu roku lub w ciągu życia osób w określonej populacji. Do pewnego czasu

wielkość zachorowań szacowano przede wszystkim na podstawie dokumentacji medycznej, która zawiera informacje o osobach z zaburzeniami osobowości korzystających z pomocy psychiatrycznej czy psychologicznej. Obecnie korzysta się z dwóch źródeł informacji: badań nad rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych w populacji mieszkańców różnych krajów (niestety ciągle brakuje takich badań w Polsce, por. Wojtyński, Goryński, 2008), po drugie z raportów służb zdrowia, zajmujących się leczeniem ambulatoryjnym i stacjonarnym. W ten sposób dysponujemy wiedzę o zróżnicowaniu rozpowszechnienia zaburzeń osobowości w grupie klinicznej i nieklinicznej (por. tabela 2.1).

Tabela 2.1. Rozpowszechnienie typów zaburzeń osobowości wiązki A, B i C w grupach: nieklinicznych i klinicznych

Zaburzenia osobowości	Kessler i in., 1993	Lenzenweger i in., 1997	Crawford i in., 2005	Lenzenweger i in., 2007
	Cała populacja	Populacja studentów	Cała populacja	W populacja pacjentów Osi I
Wiązka A				
Paranoiczna schizoidalna	0.5-2.5	1.0	5.1	2.3
	0.5-1	1.0	1.7	4.9
Schizotypowa	3	1.6	1.1	3.3
Wiązka B				
Antyspołeczna	1- 3	.6	1.2	1.0
<i>Borderline</i>	2	1.3	3.9	1.6
Histrioniczna	2-3	2.9	.9	NO
Narcystyczna	1	2.7	2.2	NO
Wiązka C				
Unikająca	0.5-1	1.0	6.4	5.2
Zależna	2-4	.6	.8	.6
Obsesyjno-kompulsyjna	1	1.3	4.7	2.4
Pasywno-agresywna	b.d.	1.6	NO	NO
Inne ZO	b.d.	11.0	15.7	1.6

Legenda: Zaburzenia osobowości obsesyjno-kompulsyjne według kryteriów DSM-III-R nie występują w DSM-IV i rewizjach; NO - nie oceniano, inne ZO - zaburzenia osobowości klasyfikowane jako niespecyficzne; b.d. - brak danych.

Od połowy lat dziewięćdziesiątych nasza wiedza o rozpowszechnieniu zaburzeń osobowości stawała się coraz bardziej dokładna, chociaż wyniki badań epidemiologicznych ukazywały dość zróżnicowany poziom tych zaburzeń wśród różnych narodowości. M. Weissman (1993) postawiła hipo-

teżę, że około 10–13% populacji manifestuje symptomy przynajmniej jednego typu zaburzeń osobowości w ciągu życia. Najszerze badania epidemiologiczne, na przestrzeni lat dziewięćdziesiątych i dwutysięcznych, przeprowadził zespół pod kierownictwem R. Kesslera i współpracowników (1997, 2004) w ramach projektu Narodowych Badań nad Rozpowszechnieniem Zaburzeń – Replikacja (*National Comorbidity Survey Replication*, NCS-R). Badania na populacjach klinicznej i nieklinicznej przynoszą bardzo zróżnicowane wyniki. Na przykład badania prowadzone w Niemczech pokazują, że wskaźniki rozpowszechnienia w losowo wybranych grupach wahają się od 3–18%, wśród pacjentów psychiatrycznych już od 40–60%, a w populacji przestępców z zaburzeniami psychicznymi od 70–90% (Dittmann, Ermer, Stieglitz, 2005).

Związki między zaburzeniami psychicznymi Osi I i Osi II w DSM-IV TR wzbudzają zainteresowanie, ponieważ powszechnie uznaje się, że tacy pacjenci wymagają niestandardowych procedur leczenia (Clarkin, 2006). Okazało się, że amerykańscy pacjenci leczeni z powodu zaburzeń psychicznych Osi I uzyskali niższe wskaźniki zaburzeń osobowości niż pacjenci niemieccy (Lenzenweger i in., 2007). Zaobserwowano, że zaburzenia osobowości wiązki A i wiązki C są podobnie rozpowszechnione wśród pacjentów cierpiących na zaburzenia Osi I, w sposób bardziej zróżnicowany osoby z wiązki B. Te zaburzenia osobowości istotnie częściej współwystępują z zaburzeniami nastroju (tj. dwubiegunowym zaburzeniem afektywnym i dystymią), zaburzeniem nadpobudliwości psychoruchowej (deficytami uwagi) oraz sporadycznymi zachowaniami eksplozywnymi, natomiast rzadziej z specyficzną fobią i uzależnieniem od nikotyny (Lenzenweger i in., 2007, s. 556).

2.4. Związki między psychopatologią a psychologią osobowości

South i współpracownicy (2010; por. też. Shea, Yen, 2005; Cierpiałkowska, 2004), eksplorując związki między psychopatologią a psychologią osobowości – w kontekście widocznego historycznie rozbratu tych dyscyplin – wydzielają trzy typy powiązań między nimi. Pierwszy dotyczy związków między zaburzeniami psychicznymi z Osi I (DSM) a osobowością w ogóle, drugi tego, jak wymiary normalnej osobowości wiążą się z zaburzeniami osobowości (Oś II DSM), a trzeci wzajemnej zależności między Osiami I i II (DSM).

Związki między zaburzeniami psychicznymi z Osi I (DSM) a osobowością można uporządkować według następujących modeli:

- model podatności / skłonności (*vulnerability*) – istniejące wcześniej cechy osobowości czy temperamentu predysponują jednostkę do zaburzeń psychicznych, np. osoba mająca wysokie wskaźniki neurotyzmu może rozwijać zaburzenia lękowe;

- model komplikacji / blizny (*complication / scar*) – doświadczenie pewnego rodzaju psychopatologii zostawia po sobie ślad, zmieniając w kluczowy sposób przedchorobowe funkcjonowanie osobowości, np. obniżenie cech otwartości na doświadczenia w wyniku PTSD;

- model patoplastyczny – przedchorobowe funkcjonowanie osobowości wpływa na ekspresję, przebieg, dotkliwość i reakcję na leczenie zaburzenia, np. zwiększone prawdopodobieństwo samobójstwa u osoby ze zdiagnozowaną depresją, która ma jednocześnie niski poziom hamowania neuronalnego;

- model spektralny – osobowość i psychopatologia są obydwie częściami tego samego ciągłego latentnego wymiaru, np. cecha „czujność” może być częścią spektrum paranoicznego i przy paranoicznym zaburzeniu osobowości nasilać się do patologicznej podejrzliwości.

W literaturze pojawiają się też modele uzupełniające powyższą listę, choć mniej popularne w badaniach klinicznych (Shea, Yen, 2005). W modelach niezależności pokazuje się, że powiązania między osobowością a psychopatologią są artefaktami związanymi z czynnikami losowymi lub ze sposobami poszukiwania leczenia i w ślad za tym z cechami próby badawczej, np. diagnoza zaburzenia osobowości i depresji zwiększa prawdopodobieństwa szukania pomocy w ośrodkach w ten sposób częściej osoba z taką diagnozą podlega badaniom naukowym. Z kolei w modelu wspólnej przyczyny twierdzi się, że i osobowości, i psychopatologia, chociaż rozwijają się niezależnie, mają wspólne przyczyny, które powinny być zidentyfikowane.

Modele powiązań między osobowością a psychopatologią są hipotezami, które testuje się empirycznie. Żaden z tych modeli nie jest uważany za właściwy czy wystarczający, a w ramach każdego z nich prowadzone są badania, które w przypadku różnych zaburzeń przynoszą różne wyniki. W przypadku zaburzeń osobowości testowany jest głównie model podatności (głównie w wersji podatność – stres, np. Paris, 1998) oraz model spektralny (np. Millon, 2011).

Kolejny typ powiązań dotyczy wymiarów normalnej osobowości i zaburzeń osobowości (Oś II DSM), który rozważa się głównie przez wskazywanie, że rzetelność i stabilność diagnozy osobowości są lepsze przy miarach dymensjonalnych (Cloninger, 2005; South i in., 2010). Dowodzi się, że wyraźne granice między normalnym i patologicznym funkcjonowaniem osobowości są trudne do uchwycenia w badaniach i struktura osobowości (rozumiana psychometrycznie) jest podobna w klinicznych i nieklinicznych

próbach. Z powodu dymensjonalności właśnie pojawiają się trudności diagnostyczne, takie jak nadmierne diagnozowanie współzachorowalności, zarówno wśród zaburzeń osobowości, jak i między osią I a II (DSM), słaba rzetelność, słaba trafność zbieżna i różnicowa oraz niedokładny sposób opracowania kryteriów różnicujących. Zatem normalna osobowość jest na jednym krańcu dymensji, podczas gdy na drugim leży osobowość zaburzona.

Badacze próbowali scharakteryzować różnice indywidualne w zaburzeniach osobowości (DSM), używając miar dotyczących osobowości normalnej, przy czym korzystali najczęściej z modelu „Wielkiej Piątki” (Samuel, Widiger, 2008; Krueger, Tackett, 2003). South i współpracownicy (2010) przedstawiają tutaj wsparte badaniami empirycznymi konkluzje, że cechy w zaburzeniach osobowości są nieadaptacyjnymi wariantami cech modelu „Wielkiej Piątki” i że zaburzenia osobowości (DSM) są związane z czynnikami „Wielkiej Piątki” w przewidywalny i sensowny sposób, np. zaburzenie osobowości *borderline* silnie koreluje z wysokim neurotyzmem i niską ugodowością (por. też Trull i in., 2003), a właściwie większość zaburzeń osobowości mieści się w kwadrancie tworzonym przez wysoki neurotyzm i niską ugodowość, a bliższa analiza podwymiarów tych dwóch wymiarów dostarcza precyzyjniejszego opisu (Samuel, Widiger, 2008; Saulsman, Page, 2004, za: South i in., 2010). Fakt, że można ująć zaburzenia osobowości, korzystając z modelu cech, jest przyjmowany bardzo otwarcie i optymistycznie, co wyraża się na przykład w badaniach nad opisywaniem cech prototypowych zaburzeń osobowości przez klinicystów, gdzie konkluduje się, że model „Wielkiej Piątki” może przynieść lepsze opisy osobowości niż kategorie DSM (Samuel, Widiger, 2004, por. też Miller i in. 2005). Oczywiście, istnieją też argumenty wskazujące na niewystarczalność i nieużyteczność „Wielkiej Piątki”.

South i współpracownicy (2010) są zdania, że w konceptualizacji cech normalnej osobowości, cech patologicznych osobowości oraz zaburzeń klinicznych ogromną wartość ma konceptualizacja oparta na strukturze wyższego porządku. Struktura normalnej osobowości jest najlepiej określana przez „Wielką Piątkę”, struktura patologicznych cech osobowości przez cztery czynniki (np. emocjonalna dysfunkcja, zachowania dyssocjalne, zahamowanie i kompulsywność), a struktura głównych form psychopatologii przez dwa czynniki – eksteralizowanie i internalizowanie.

Jeśli chodzi o trzeci typ powiązań między osobowością a psychopatologią, czyli wzajemne zależności między Ośmią I i II DSM, wskazuje się głównie na charakterystyczne wzory współwystępowania zaburzeń z obydwu osi oraz tworzenie modeli związków między osiami, które zostały wspomniane wcześniej. Po pierwsze zatem zauważa się, że zaburzenia osobowości współwystępują zarówno z sobą, jak i za zaburzeniami z Osi I DSM

(por. przegląd w South i in., 2010). Podaje się nawet, że od 66% do 97% pacjentów z zaburzeniami osobowości spełnia też kryteria zaburzeń z Osi I, a od 13% do 81% pacjentów diagnozowanych na Osi I może mieć diagnozę zaburzeń osobowości (South i in., 2010). Pojawiają się zatem z jednej strony wątpliwości dotyczące rozdzielania zaburzeń z Osi I i II, ale z drugiej próby pokazania modeli związków między osiami (por. South i in., 2010). Na przykład model podatności zakłada, że obecność zaburzenia osobowości może być czynnikiem ryzyka dla rozwinięcia się zaburzenia z Osi I, na przykład antyspołeczne zaburzenie osobowości może być podłożem wykształcenia się uzależnienia od substancji. Model blizny pokazuje, jak zaburzenie Osi I problematyzuje osobowość, prowadząc do rozwinięcia się zaburzenia osobowości – np. agorafobia może wpłynąć na rozwinięcie się takiej cechy, jak zależność od innych, która może się tak nasilać, że osiągnie poziom diagnozowany w zaburzeniu osobowości zależnej. Zgodnie z modelem patoplastycznym z kolei, jednostka może rozwinąć zaburzenie z Osi I oraz II niezależnie, ale zaburzenie osobowości wpłynie na przebieg, nasilenie i odpowiedź na leczenie zaburzenia z Osi I. Istnieją dane empiryczne pokazujące na przykład, że diagnoza zaburzenia osobowości *borderline* jest powiązana z mniejszą poprawą podczas leczenia depresji lub PTSD (South i in., 2010). Model spektralny natomiast będzie sugerował, że zarówno zaburzenia osobowości, jak i zaburzenia z Osi I „leżą” na tych samych wymiarach, sięgających mniejszego lub większego nasilenia psychopatologii. Współwystępowanie między niektórymi kombinacjami zaburzeń osobowości i zaburzeń Osi I doprowadziło do różnych propozycji spektrów psychopatologii, na przykład pokazujących związki zaburzeń osobowości z wiązki A ze schizofrenią lub że u podstaw zaburzenia osobowości *borderline* i depresji leży jeden czynnik, który ma różne manifestacje (South i in., 2010, s. 253).

2.5. Modele diagnozy zaburzeń osobowości

Zaburzenia osobowości są wciąż dopracowywanymi i uściślanymi pojęciami, a systemy ich klasyfikacji są dość różnorodne. Główny cel klasyfikacji to jej użyteczność dla klinicystów i badaczy, która jest zyskiwana dzięki podstawowym właściwościom klasyfikacji: 1) denominacji (przypisywanie wspólnej nazwy grupie zjawisk), 2) kwalifikacji (poprawianie użyteczności określonej kategorii przez dodawanie znaczących cech opisowych), 3) predykcji (probabilistyczne twierdzenia na temat klinicznego przebiegu, wyniku czy odpowiedzi na leczenie) (Feinstein, za: Jensen i in., 2006; por. Achenbach, Rescorla, 2006). Porządkując informacje na temat diagnozy kla-

syfikacyjnej zaburzeń osobowości, warto odwołać się do modeli kategorialnych, dymensjonalnych i prototypowych, wyodrębnionych na podstawie tego, w jaki sposób wyróżnia się zaburzenia psychiczne i jak się o nich myśli (por. Cierpiałkowska, 2004; Gabińska, Niedźwiedzki, 2009). Jednym z najwyraźniej stawianych problemów jest pytanie o to, czy klasyfikacje powinny być kategorialne, czy dymensjonalne i czy rozstrzygnięcie dylematu ma mieć charakter pragmatyczny (zależny od celów klasyfikacji), esencjalistyczny (odzwierciedlać właściwości rzeczywistości), czy empiryczny (opierać się na zebranych danych – por. Zahar, Kendler, 2010).

2.5.1. Modele kategorialne

Powszechne systemy klasyfikacji medycznych, czyli DSM i ICD, wykorzystują kategorialne ujęcie zaburzeń osobowości i korzystają z podziału na typy, klasy lub kategorie oddzielne pomiędzy sobą i odrębne od normalności (tzw. założenie o kategorialności – Jensen i in., 2006). Zakłada się, że w idealnej klasyfikacji kategorie powinny być wzajemnie rozłączne (dany przypadek należeć może tylko do jednej kategorii), jednorodne (w obrębie kategorii znajdować się muszą elementy podobne do siebie), a system kategorii powinien być wyczerpujący (każda jednostka analizy powinna przynależeć do kategorii). Kategorie powinny być też niezależne od siebie, choć z pewnością mogą być hierarchiczne (Frankfort-Nachmias, Nachmias, 2001). W oficjalnych klasyfikacjach korzysta się mniej z idei kategorii monotetycznych, gdzie wszystkie przypadki spełniają wszystkie kryteria, a raczej z kategorii politetycznych, gdzie minimalna liczba kryteriów musi być spełniona, aby przypadek należał do kategorii – por. Livesley, 2001; Dowson, Grounds, 1995; Widiger, 2001). Najczęściej poszczególne typy zaburzeń osobowości są definiowane przez pewną liczebność cech, około ośmiu, z których mniejsza liczebność, na przykład pięć, jest niezbędna, aby postawić diagnozę danego zaburzenia. Taki sposób kategoryzowania sprawia, że kryteria tego samego zaburzenia mogą być spełniane na wiele sposobów. Policzono na przykład, że kryteria zaburzenia osobowości *borderline* można spełniać na ponad 200 sposobów, więc zróżnicowanie wewnątrzgrupowe jest znaczne – osoby z tą samą diagnozą mają odmienną konstelację cech (Ortigo i in., 2010; Livesley, 2001; Widiger i Lowe, 2010). W przypadku politetycznej klasyfikacji trudno jest wyznaczyć próg kwalifikowania do kategorii (np. liczby kategorii, które muszą być spełnione), a decyzja ta jest zwykle podejmowana arbitralnie, co daje wrażenie, że między normalnością a patologią da się postawić wyraźną i jednoznaczną granicę (Livesley, 2001; Widiger, 2001). Problematyka hierarchiczności kategoryzacji zaburzeń osobowo-

ści z kolei przejawia się w istnieniu po pierwsze kryteriów ogólnych zaburzeń osobowości, które są nadrzędne, po drugie podgrup zaburzeń (np. wiązek w DSM) i po trzecie do prób wyróżniania kryteriów, które mają wyższą wagę lub są kluczowe dla diagnozy (Dowson, Grounds, 1995).

Chociaż system klasyfikacji kategorialnej nie może być w pełni ateoretyczny, ponieważ wszystkie twierdzenia opisowe powstają pod nieuchronnym wpływem teoretycznych założeń wstępnych, to jednak klasyfikacje DSM i ICD powszechnie uznaje się za względnie ateoretyczne. Oznacza to, że przy opisie i wskazywaniu na przyczyny nie korzysta się z koncepcji psychologicznych stworzonych w ramach poszczególnych, paradygmatów, ale też to, że systemy te właściwie nie dają wystarczającego teoretycznego ani empirycznego uzasadnienia, dlaczego takie a nie inne typy zaburzeń zostały wyodrębnione (Livesley, 2001). Zatem ateoretyczność jest w pewnym sensie wyborem „mniejszego zła”, gdyż tworzenie klasyfikacji opartych na teorii znacznie utrudniałoby operacjonalizację i ograniczało użyteczność.

Inną kwestią jest jeszcze czas trwania cechy osobowości lub symptomu – jak długo musi być widoczna, aby uznać, że istnieje i jak długo musi nie być notowana, aby można było powiedzieć, że jej nie ma. Chociaż w definicji zaburzeń osobowości jest zawarta stabilność i długotrwałość cechy, to jednak to, w jak długim okresie ma się ona pojawiać, jest zróżnicowane – na przykład skłonność do irytacji czy gniewu są w zaburzeniach osobowości *border-line* dłużej widoczne w czasie niż gesty samobójcze (Widiger i Lowe, 2010). Podobne próby definiowania „widoczności” cech podejmowano też dla innych zaburzeń (Widiger i Lowe, 2010).

Jak widać u podstaw kategorialnych modeli leży założenie, że nie ma ciągłości między poszczególnymi typami, a to jest trudne do utrzymania z punktu widzenia danych empirycznych, prawie zawsze rozstrzygających wątpliwość, czy mamy do czynienia z oddzielnymi kategoriami czy z kontinuum, na korzyść podejścia dymensjonalnego. Zatem założenie o kategorialności samo w sobie jest podstawową wadą modelu, która w konsekwencji przyczynia się nakładania się na siebie kategorii diagnostycznych różnych zaburzeń osobowości, arbitralnych granic między normą a zaburzeniem oraz wysokim odsetkiem diagnoz niespecyficznych (kategoria „inne”) lub wielokrotnych, jak na przykład zaburzenia osobowości mieszane (Jensen i in., 2006; Simonsen, 2010; Widiger, Mullins-Sweatt, 2005). Dalsze ograniczenia modeli kategorialnych to ubogość teoretyczna, złudzenie jednorodności zaburzeń, ryzyko mechanicznego diagnozowania według kryteriów z przeoczeniem właściwości podmiotowych i ryzyko reifikacji podmiotu diagnozy.

Mimo tak wielu wad modele kategorialne są powszechnie stosowane, ponieważ mają niezaprzeczalne zalety praktyczne, a jedno określenie niesie

wiele użytecznych informacji (Widiger, Mullins-Sweatt, 2005). Zapotrzebowanie na klasyfikacje kategorialne jest podtrzymywane przez klinicystów (ponieważ zadają oni pytanie, czy leczyć, czy nie), badaczy (np. określanie fenotypów poszczególnych zaburzeń i ich podłoża genetycznego), jak i decydentów w sprawach socjalnych i sprawach ubezpieczeń (określanie zapotrzebowania na usługi medyczne). Modele te nie są też pozbawione innych zalet (por. np. Simonsen, 2010; Jensen i in., 2006; Widiger, Mullins-Sweatt, 2005). Ułatwiają komunikację między badaczami i diagnostami, mniej więcej odzwierciedlają heurystyki decyzyjne diagnostów, ich potrzebę klasyfikowania przypadków do typów, przyczyniają się do przyspieszonego rozwoju badań naukowych z wykorzystaniem zdefiniowanych w klasyfikacjach jednostek nozologicznych, przez co pośrednio wzmacniają praktykę psychologiczną opartą na dowodach empirycznych. Częste stosowanie kategorii pozostających na poziomie opisu symptomów i syndromów przyczynia się też do zwiększającej się z czasem stosowania rzetelność systemów klasyfikacji (jest to szczególnie widoczne w porównaniach DSM przed wersją III do wersji III i wyższych), co jest znakiem czasu, gdyż skoncentrowany na symptomach etap klasyfikacji zaburzeń jest koniecznym poprzednikiem rozwoju empirycznie popartych koncepcji etiologicznych (Jensen i in., 2006, s. 27).

2.5.2. Modele dymensjonalne

W odpowiedzi na problemy związane z konceptualizacją zaburzeń osobowości jako kategorialnych, rozwinęło się podejście dymensjonalne. Choć proces klasyfikacji w pewnym sensie zawsze korzysta z kategorii, to jednak taki kategorialny system może być wzbogacony informacjami dymensjonalnymi i wielu badaczy jest za integracją obydwu podejść, ale to podejście dymensjonalne przynosi więcej dowodów empirycznych i bardziej nadaje się do statystycznego opracowania (Dowson, Grounds, 1995; Widiger, Mullins-Sweatt, 2005; Simonsen, 2010; Livesley, 2001; Cloninger, 2005).

Według Livesleya (2001) modele dymensjonalne podzielić można na dwie grupy – modele bazujące na strukturze osobowości normalnej oraz na badaniach zaburzeń osobowości. Do pierwszej grupy zalicza się propozycje spektralne, np. *interpersonal circumplex* Leary'ego, Keislera czy Benjamin (dotyczące głównie wymiarów sfery interpersonalnej w osobowości) oraz wielowymiarowe podejścia czynnikowe, na przykład trójczynniki oparte na pracach Eysencka (ekstrawersja, neurotyzm, psychotyzm) czy pięcioczynnikowe Goldberga oraz w wersji Costy i McCrea'a (neurotyczność, ekstrawersja, otwartość, ugodowość, sumienność). Szczególnie ten ostatni model „Wielkiej Piątki” był empirycznie eksplorowany w ostatnich latach i do-

wiódł swojej użyteczności także w przypadku zaburzeń, służąc jako alternatywny język do opisu zaburzeń (Miller i in., 2005; Samuel, Widiger, 2008, 2004; Krueger, Tackett, 2003). Na przykład zaburzenie osobowości *borderline* można opisać przez wysokie wyniki na wszystkich podwymiarach skali neurotyzmu, wysokie wyniki w towarzyskości i asertywności w skali ekstrawersji i niskie wyniki w aspektach prostolinijności i uступliwości na skali ugodowości oraz w dążeniu do osiągnięć na skali sumienności (Trull i in., 2003). Nie jest jednak tak, że samo skrajne nasilenie danej cechy będzie implikowało psychopatologię (Huprich, Bornstein, 2007).

Wśród modeli dymensjonalnych opartych na badaniu zaburzeń osobowości wyróżnia się na przykład klasyczne podejście Waltona, który wyodrębnił pięć nadrzędnych czynników opisujących zaburzenia, czyli socjopatię, submisyjność, histeryczność, obsesyjność i schizoidalność, a także bardziej współczesne podejścia, powstałe w wyniku prac psychometrycznych wyodrębniających najbardziej znaczące wiązki symptomów (Livesley, 2001). Tak powstały narzędzia takie jak: dymensjonalna ocena patologii osobowości (*Dimensional Assessment of Personality Pathology*, DAPP) Livesleya (z nadrzędną strukturą czterech cech: dysregulacji emocjonalnej, zachowań dys socjalnych, zahamowania i kompulsywności) oraz ustrukturuwana ocena zdrowej i zaburzonej osobowości (*Structured Assessment of Normal and Abnormal Personality*, SNAP) Clark (z piętnastoma wymiarami: negatywny temperament, brak zaufania, szkodzenie sobie, ekscentryczna percepcja, agresywność, manipulacyjność, roszczeniowość, ekshibicjonizm, pozytywny temperament, obojętność, zależność, rozhamowanie, impulsywność, pracholizm i przyzwoitość). Zarówno porównania konceptualne, jak i empiryczne obydwu wyżej wymienionych sposobów porządkowania cech oraz porównanie z wymiarami „Wielkiej Piątki” wskazują na znaczącą zbieżności modeli.

W rozważaniach Livesleya (2001) pojawia się refleksja, że chociaż dowody empiryczne przemawiają za dymensjonalnym przedstawianiem zaburzeń osobowości, to wciąż pozostają pytania, czy modele normatywne osobowości są w stanie pokryć całe spektrum zaburzeń osobowości i czy mają swoje odpowiedniki we wszystkich zaburzonych cechach. Z jednej strony zaleca się więc ostrożność w sugerowaniu, że można przetłumaczyć każde zaburzenie osobowości na przykład na model „Wielkiej Piątki”, ale z drugiej zaleca się uwzględnianie w tworzeniu klasyfikacji wymiarów najwyższego poziomu, takich jak neurotyzm (i jego kliniczny ekwiwalent – emocjonalną dysregulację), ugodowość (przy niskich wskaźnikach oznaczający klinicznie antyspołeczność) czy też sumienność (kompulsywność).

Wśród różnorodnych zalet podejścia dymensjonalnego warto podkreślić mniejszą stratę informacyjną i bardziej subtelne opisy psychopatologii, więk-

sza czułość na nietypowe przypadki, większą adekwatność w wyznaczaniu przejścia między normą a patologią oraz lepsze monitorowanie zmian osobowości w czasie. Dzięki podejściu dymensjonalnemu możliwe jest wczesne wychwytywanie oznak zaburzeń osobowości w fazach prodromalnych oraz bardziej celnych prognoz, bardziej dokładnego opisu przebiegu zburzenia oraz tendencji, które mogą być obecne w leczeniu przez monitorowanie zmian w czasie. Za wady podejścia uznaje się głównie brak konsensusu, który z różnych grup wymiarów użyć i czym się podczas tego wyboru kierować, co utrudnia komunikację między specjalistami w obszarze klinicznym. Jest też niebezpieczeństwo postrzegania osoby jako zbioru cech o określonym natężeniu, niedostatecznie doceniając zróżnicowanie i podmiotowość. Warto również zauważyć, że dymensjonalne podejścia właściwie w ogóle nie uwzględniają problematyki dotyczącej tego, co jest poza (ponad) cechami, a przecież zintegrowanie i organizacja osobowości są z definicyjnego i klinicznego punktu widzenia kluczowe w diagnozie zaburzeń osobowości (Simonsen, 2010; Widiger, Mullins-Sweatt, 2005).

Jeśli chodzi o problematykę integracji podejścia kategorialnego i dymensjonalnego, to warto wskazać na propozycję Livesleya (2001). Jego zdaniem dobra, oparta na badaniach empirycznych klasyfikacja powinna mieć dwa składniki: 1) definicję zaburzenia oraz dodatkowe kryteria pozwalające na rzetelną diagnozę i 2) system opisu znaczących klinicznie różnic indywidualnych. Podobnie proces diagnostyczny powinien składać się z dwóch kroków: diagnozy zaburzenia osobowości oraz oceny różnic indywidualnych w zakresie osobowości.

2.5.3. Modele oparte na prototypach

Pewną odpowiedzią na ograniczenia obydwu przedstawianych powyżej modeli oraz reakcją na praktyczne wykorzystanie wiedzy o funkcjonowaniu umysłu w procesach decyzyjnych są modele diagnozy zaburzeń osobowości oparte na prototypach. W zamyśle autorów diagnozowanie na podstawie prototypów ma połączyć siły i zmniejszyć słabości zarówno podejścia dymensjonalnego, jak i kategorialnego (Westen i in., 2010; Westen, Bradley, 2005; Shedler, Westen, 2007; Ortigo i in., 2010).

Pojęcie prototypu jest tutaj rozumiane klasycznie, jako model mentalny bazujący raczej na właściwościach wspólnych dla danej grupy (cechy wspólne) niż na cechach definicyjnych (konieczne do uznania przynależenia do kategorii). Analizując sposób codziennej pracy diagnostów (diagnozowanie jako proces poznawczy), zauważa się, że podejmują oni decyzje diagnostyczne na podstawie podobieństwa danego pacjenta do prototypu poszczegól-

gólnego zaburzenia, opierając swoje analizy na przesłankach płynących z narracji pacjentów, ich zachowania podczas spotkań diagnostycznych, ale również poza nimi, uwzględniając w dużym stopniu niuanse dotyczące wewnętrznego doświadczenia pacjentów. Diagnostyci dokonują porównania podobieństwa poszczególnego przypadku (pacjenta) do abstrakcyjnego konstruktu (kategorie diagnostyczne) i są w stanie określić prawdopodobieństwo dopasowania egzemplarza do prototypu. Tak też skonstruowane są badania z wykorzystaniem tego modelu – podaje się psychologowi prototypową narrację oraz opis dla danego zaburzenia (uzyskane empirycznie) i prosi o ocenę na pięciostopniowej skali całościowe podobieństwo danego pacjenta do tego prototypu. Dopasowanie wybrane jako 5 i 4 oznacza diagnozę zaburzenia, jako 3 oznacza średnie dopasowanie i obecność wskazanych w prototypie cech, a wybór 2 i 1 oznaczają niedopasowanie i brak dopasowania. Podczas opisanej tu procedury diagnosta tworzy w umyśle mentalną reprezentację spójnych wskaźników, które mogą być powiązane funkcjonalnie, mogą uwzględniać napływające na raz złożone dane na temat stanów emocjonalnych osób badanych, a nie są jedynie listą oderwanych objawów (Westen i in., 2010; por. też narzędzie Q-sort *Shedler-Westen Assessment Procedure, SWAP-200* – Shedler, Westen, 2007). Daje to w efekcie diagnozę i dymensjonalną i kategoryjną jednocześnie, ale wynikające z całościowej analizy danych na temat pacjenta.

Podsumowując zalety tego podejścia, wskazuje się na oszczędność czasu, wygodę i efektywność, zmniejszenie sztucznego współwystępowania zaburzeń oraz diagnoz typu „bliżej nieokreślone”, uszanowanie bogactwa klinicznego przypadków oraz dopasowanie do naturalnego sposobu funkcjonowania umysłu diagnostów. Jednocześnie główną wadą jest podatność tego modelu na błędy poznawcze, pozorne korelacje, samospełniające się proroctwo i inne heurystyki (np. reprezentatywności, dostępności), które automatycznie wpływają na decyzje diagnostów, a ze względu na swoją immanentność są trudne do kontrolowania. Pojawia się więc ryzyko stronniczości i błędów. Model prototypowy ma też, w porównaniu z poprzednimi, słabe zaplecze empiryczne, choć chętnie w ostatnich latach wypełniane (Shedler, Westen, 2007).

2.6. Wybrane problemy związane ze sposobami diagnozowania zaburzeń osobowości

Chociaż jest to pewne uproszczenie, to jednak zauważyć można pewne przełożenie powyższych trzech modeli diagnozy zaburzeń na stosowane w ich ramach sposoby i narzędzia diagnostyczne. W podejściu kategoryj-

nym, wywodzącym się z medycyny, stosuje się wywiady ustrukturalizowane lub swobodne, w dymensjonalnym, wywodzącym się z psychologii różnic indywidualnych, najczęściej korzysta się z narzędzi samoopisowych, a w podejściu opartym na prototypach (w którym doszukiwać się można korzeni psychodynamicznych i poznawczym) to klinicysta wypełnia skale szacunkowe na bazie różnorodnych złożonych danych o pacjencie.

Najczęściej przywoływanymi problemami w diagnozie zaburzeń osobowości jest nadmierne poleganie na samoopisie pacjentów, przy jednoczesnym pomijaniu różnorodnych czynników psychologicznych, które modyfikują możliwość adekwatnego samoopisu (por. Huprich, Bornstein, 2007) oraz dylemat między stosowaniem wywiadów ustrukturalizowanych i nieustrukturalizowanych (Widiger, Lowe, 2010). Nadmierne poleganie na samoopisie przy zaburzeniach osobowości przynosi komplikacje polegające na 1) niepewności, czy dany pacjent może adekwatnie opisać swoją osobowość (czy jest do zdolny rejestracji swoich właściwości i/lub wglądu), 2) obecności motywów do modyfikowania swojego wizerunku (które mogą mieć związek z właśnie badanymi cechami, na przykład w antyspołecznym czy narcystycznym zaburzeniu osobowości), 3) napotykaniu rozbieżności między samoopisem a danymi z wywiadu środowiskowego (na przykład przy paranoicznym zaburzeniu osobowości) lub 4) funkcjonalnych zniekształceniach w postrzeganiu osobistego udziału w relacjach interpersonalnych (częste np. w zaburzeniu osobowości *borderline*). Pewnym rozwiązaniem jest uzupełnianie informacji danymi z diagnozy behawioralnej i oceny klinicznej (Huprich, Bornstein, 2007; Haynes, 2010), które łącznie stosowane podnoszą adekwatność diagnozy (por. diagnozowanie zaburzenia osobowości *borderline* – Hopwood i in., 2008).

Widiger i Lowe (2010) zauważają pewną rozbieżność stosowanych przez klinicystów i badaczy metod do diagnozy zaburzeń osobowości – ci pierwsi jako główną metodę diagnozy zaburzeń osobowości stosują wywiad nieustrukturalizowany, podczas gdy ci drudzy polegają głównie na wywiadach półustrukturalizowanych. Ta rozbieżność między obiema praktykami może – choćby częściowo – odpowiadać za nieprzystawalność wniosków na temat poszczególnych narzędzi diagnostycznych, wyciąganych przez badaczy, do praktyki klinicznej i w ten sposób ograniczać użyteczność tych wniosków. Jak wskazują autorzy (Widiger, Lowe, 2010), niechęć do wywiadów ustrukturalizowanych może wynikać z niewystarczającego przygotowania zawodowego, w którym zabrakło wytworzenia postawy badawczej, koncentrującej praktykę kliniczną na dowodach empirycznych lub niepraktyczność stosowania całego wywiadu ustrukturalizowanego, który może być pracochłonny zarówno na etapie administracji, jak i interpretacji. Można

dodać jeszcze brak takiej kultury organizacyjnej w placówce, w której pracuje klinicysta lub model pracy (wynikający z paradygmatu), który nie uwzględnia stosowania metod jakkolwiek ustrukturalizowanych. Jednocześnie warto mieć na uwadze, że w przypadku niektórych zaburzeń osobowości warunki ustrukturalizowanego wywiadu mogą tworzyć sytuację, która nie pozwoli na dostrzeżenie pewnych właściwości osobowości, szczególnie tych związanych z poziomem patologii funkcjonowania, a które pojawiłyby się w nieustrukturalizowanej sytuacji wywiadu swobodnego, podobnej do sytuacji codziennych (trafność zewnętrzna).

3

Zaburzenia osobowości w paradygmacie poznawczym

Dominika Górska

Poznawcza teoria zaburzeń osobowości wywodzi się z klasycznej poznawczej teorii i terapii zaburzeń i jest stosunkowo młodą dziedziną wiedzy i praktyki. Kognitywne modele zaburzeń osobowości zostały sformułowane przez Aarona Becka i współpracowników (1990, 2004) oraz Jeffreya Younga (2003); za poznawczy model uważa się również dialektyczną terapię behawioralną zaburzenia osobowości *borderline* Marshy Linehan (1993) (por. Cierpiałkowska, w tym tomie). Wykazują one na szereg różnic w odniesieniu do poznawczych koncepcji zaburzeń lękowych czy depresyjnych, głównie koncentrując się na stabilnych, utrwalonych i ujawniających się w ciągu całego życia dezadaptacyjnych strukturach poznawczych oraz wzorcach funkcjonowania zawierających również elementy interpersonalne.

3.1. Ewolucyjno-poznawcza teoria zaburzeń osobowości Aarona T. Becka

Teoria poznawcza zaburzeń podkreśla przede wszystkim rolę przetwarzania informacji w aktywowaniu poznawczych, afektywnych, motywacyjnych i behawioralnych reakcji tworzących adaptacyjne i dezadaptacyjne wzorce funkcjonowania. Wzorce te bazują na czynnikach genetycznych oraz ewolucyjnych i są ukształtowane przez temperament, doświadczenia rozwojowe i historię uczenia (Weishaar, Beck, 2006). Do powstania zaburzeń, w tym zaburzeń osobowości, przyczynia się więc interakcja genetycznych predyspozycji z niepożądanym wpływem innych osób i określonymi urazami. Choć w modelu kognitywnym zaburzeń podkreśla się kluczową rolę poznania, to nie zakłada się, że poznanie powoduje psychopatologię. Poznanie odgrywa ważną rolę w patologicznej reakcji na zdarzenia, jest ważną częścią cyklu/wzorca funkcjonowania i obiecującym punktem interwencji, ale nie jest przyczyną zaburzeń (Pretzer, Beck, 2005).

3.1.1. Ewolucyjne źródła zaburzeń osobowości

Prototypy wzorców osobowości wywodzą się z dziedzictwa filogenetycznego, w procesie doboru naturalnego zostały utrwalone strategie pierwotnie służące celom biologicznym: ułatwiające przystosowanie i zachowanie gatunku. Ewolucyjnie zaprogramowane strategie, m.in. ucieczki, samoobrony, ochrony zasobów, współzawodnictwa, życia w stadzie, drapieżnictwa, zachowania ekshibicjonistyczne czy tworzenie więzi okazywały się skuteczne w bardziej prymitywnych warunkach, np. drapieżnictwo pomagało jednostce przetrwać, a zachowania ekshibicjonistyczne przyciągały potencjalnych partnerów i ułatwiały uzyskanie pomocy (Weishaar, Beck, 2006; Beck i in., 2004). Choć w bardziej wyspecjalizowanych kulturach strategie te utraciły swoją przystosowawczą funkcję, w wyolbrzymionej postaci są obserwowane jako podstawowe strategie interpersonalne w zaburzeniach osobowości, np.: egocentryzm, rywalizacja, ekshibicjonizm, unikanie nieprzyjemnych doznań. Termin „strategia interpersonalna” stosowany jest na określenie szablonowych i stereotypowych zachowań służących realizacji długoterminowych celów ewolucyjnych (w tym także zaspakajania określonych potrzeb). Zachowania te są w ścisłym związku z wewnętrznymi wzorcami poznawczymi, emocjonalnymi, motywacyjnymi, wzorcami działania i samoregulacyjnymi (Davidson, 2008). W odniesieniu do poszczególnych zaburzeń osobowości wyróżnia się specyficzne strategie odpowiadające podstawowym przekonaniom (tabela 3.1).

Tabela 3.1. Wybrane strategie interpersonalne i przekonanie kluczowe w zaburzeniach osobowości

Osobowość	Przykładowe strategie	Wybrane przekonania
Antyspołeczna	drapieżność	Wolno mi łamać zasady
Zależna	poszukiwanie pomocy	Potrzebuję innych, by przeżyć
Narcystyczna	rywalizacja	Jestem lepszy od innych
Histrioniczna	ekshibicjonizm	Inni są po to, by mnie podziwiać
Schizoidalna	autonomia	Relacje są niepożądane
Paranoiczna	czujność	Nie ufaj
Schizotypowa	poleganie na sobie	Lepiej odizolować się od innych
Unikająca	wycofanie	Jeśli ktoś pozna „prawdziwego mnie”, odrzuci mnie
Kompulsyjna	kontrola	Ludzie powinni być lepsi, próbować jeszcze bardziej

Opracowano na podstawie: Beck i in., 2004; Leahy i in., 2005.

Strategie w różnych zaburzeniach osobowości mogą przyjmować formę słabo i nadmiernie rozwiniętych (Beck i in., 2004). Dominacja jednych strategii nad innymi doprowadza do osłabienia rozwoju tych drugich, w ten sposób zarówno nadmiernie rozwinięte, jak i nierozwinięte strategie są nieprzystosowawcze. Niektóre nadmiernie rozwinięte strategie stanowią kompensację wobec treści schematu „ja”, koncepcji siebie, np. w osobowości zależnej strategie poszukiwania u innych pomocy czy pielęgnowanie relacji zależności są kompensacyjne wobec kluczowego przekonania o własnej słabości.

Behawioralne strategie interpersonalne same w sobie nie są dezadaptacyjne, stają się takimi, jeśli są używane w sztywny i nieelastyczny sposób, niedostosowany do sytuacji (Davidson, 2008) i powodują określone skutki: cierpienie pacjenta lub trudności w relacjach społecznych (Beck i in., 2004). Nierzadko jednak osoby z zaburzeniami osobowości negują występowanie problemów interpersonalnych (Evans, Watson, 2010), zwykle diagnoza zaburzenia osobowości stawiana jest wówczas, gdy prowadzi do wystąpienia objawów lub utrudnia realizację celów i aspiracji.

3.1.2. Struktury poznawcze i przetwarzanie informacji w zaburzeniach osobowości

Na bazie wrodzonych predyspozycji oraz ich interakcji z wpływami środowiskowymi (np. wzmacniania wrodzonych tendencji przez rodziców) powstają zintegrowane programy poznawczo-afektywno-behawioralne, stanowiące wzorce osobowości. W psychopatologii główną rolę odgrywają struktury poznawcze – schematy, przejawiające się w postaci automatycznych myśli, odpowiedzialne za zniekształcone przetwarzanie informacji, co w konsekwencji prowadzi do podtrzymywania dezadaptacyjnych wzorców osobowości.

Schemat definiowany jest jako struktura poznawcza w umyśle, którego funkcją jest selekcjonowanie, ocenianie, kodowanie, interpretowanie i nadawanie znaczenia bodźcom (Weishaar, Beck, 2006). Podstawowe cechy formalne schematu to: zakres (dyskretny/odrębny, szeroki *vs.* wąski), podatność na modyfikację (elastyczność *vs.* sztywność), wyrazistość (status w organizacji struktur poznawczych) oraz walencja, czyli poziom uaktywnienia (*valence*) (latentny *vs.* nadrzędny wobec innych) (Beck i in., 1990, 2004; Leahy i in., 2005). Schematy zwykle nie są świadome, ale ich treść i skutki mogą być identyfikowane przy wykorzystaniu introspekcji (Weishaar, Beck, 2006). Dla psychopatologii szczególne znaczenie mają dwie kwestie: silnie

zindywidualizowana treść schematów oraz zniekształcania w procesie przetwarzania informacji.

W schematach przechowywane są podstawowe przekonania o sobie, innych ludziach i świecie. Choć często pojęcia schematu i przekonań stosowane są zamiennie, warto odróżnić aspekty formalne (schemat) i treściowe (przekonania) struktur poznawczych (J. Beck, 2005). Najbardziej podstawowe są przekonania kluczowe – głębokie, globalne, w psychopatologii absolutne i sztywne przekonania o sobie, innych i świecie, zwykle przyjmujące formę zdań bezwarunkowych, np.: „jestem głupi”, „jestem słaba”, „ludziom nie należy ufać”. Z koncepcji depresji Becka opartej na dymensji „socjotropia – autonomia” wywodzi się podział przekonań kluczowych na dwie grupy: przekonania o niezasługiwaniu na miłość (np. „nie da się mnie kochać”, „jestem niechciana”, „na pewno zostanę odrzucony”) oraz przekonania o bezradności („straciłem kontrolę”, „jestem w potrzebie”, „jestem nieskuteczna”, „inni mnie nie szanują”) (Weishaar, Beck, 2006; J. Beck, 2005). Bardziej powierzchowne niż przekonania kluczowe, ale ściśle z nimi związane treściowo, są przekonania warunkowe, zwane też pośredniczącymi. Występują w formie:

- postaw: „koncentracja na szczegółach jest bardzo ważna”, „niekompetencja jest straszna”;
- założeń: „jeśli proszę o pomoc, to jest dowód mojej słabości”, „jeśli powiem, co czuję, to będę gorzko żałować”, „jeśli będę robić na innych wrażenie, nie odrzucą mnie”;
- zasad: „bądź czujny”, „pokaż, jaki jesteś wyjątkowy”.

Niektóre z przekonań warunkowych mogą mieć charakter kompensacyjny, tzn. zapobiegać realizacji negatywnego przekonania kluczowego, np. „jeśli nigdy do nikogo nie zwrócę się o pomoc...” chroni przed „...nikt się nie dowie, że w gruncie rzeczy jestem słaby” (Leahy i in., 2005).

Dysfunkcyjne przekonania występują zarówno w zaburzeniach emocjonalnych (np. lękowych czy depresyjnych), jak i w zaburzeniach osobowości, jednak występują pomiędzy nimi znaczące różnice. Dezadaptacyjne przekonania w typowych zespołach objawowych łatwiej rozpoznać i modyfikować, bo równoważne schematy adaptacyjne były aktywne przez większość życia (np. gdy osoba nie cierpiała z powodu depresji). Dezadaptacyjne schematy poznawcze w zaburzeniach osobowości są aktywne przez całe życie w formie cech osobowości i strategii interpersonalnych. Są one stabilne, utrwalone, sztywne, istnieją od dawna, są bardziej odporne na zmianę, bardziej wyraziste w strukturze poznawczej oraz łatwiej generalizowane. Na przykład zakres przekonań warunkowych łatwiej rozszerzany jest na inne niż dotychczasowe sytuacje, aż do przyjęcia bardzo ogólnych form – absolutnych i skrajnych przekonań. O dysfunkcji zdolności do testowania rze-

czywistości w zaburzeniach osobowości świadczy trudność w weryfikacji własnych interpretacji przy dużej łatwości akceptowania swoich dysfunkcyjnych przekonań i treści z nimi zgodnych. Ponadto w zaburzeniach osobowości występuje niewiele schematów pozytywnych i adaptacyjnych, są mniej dostępne, dlatego trudniej modyfikować dezadaptacyjne przekonania, podczas gdy w zaburzeniach emocjonalnych dominują one tylko w okresach pojawiania się symptomów zaburzeń, np. depresji; poza tymi okresami są przelotne i mniej przekonywujące (Beck i in., 1990, 2004; Weishaar, Beck, 2006). Kluczowy dezadaptacyjny schemat dominuje w hierarchii schematów (Leahy i in., 2005). Zaburzenia osobowości są więc chronicznymi i idiosynkratycznymi wzorcami systemów (afektywnych, behawioralnych, percepcyjnych) opartych na aktywacji dezadaptacyjnych schematów (Alford, Beck, 2005).

Przekonania kluczowe i warunkowe mogą być wyrażane poprzez myśli automatyczne – natychmiastowe, spontaniczne oceny sytuacji odgrywające główną rolę w wywoływaniu i kształtowaniu reakcji emocjonalnych i behawioralnych, obecne w strumieniu świadomości, więc łatwiej dostępne niż treść schematów. Treść myśli automatycznych nie zależy od sytuacji, ale jest specyficzna dla osoby i zaburzenia, na które cierpi (zasada specyfiki poznawczej), np. w depresji mają negatywną treść, a w zaburzeniach lękowych zwykle dotyczą zagrożenia. Myśli automatyczne występują w postaci werbalnej, ale też wyobrażeń, są krótkie, przelotne („nie zdam!”, „nikt mnie nie lubi”), czasem sformułowane skrótowo „o, nie!”. U wszystkich ludzi występują myśli automatyczne, ale w zaburzeniach są one nieprzystosowawcze, zwykle negatywne. Mogą być nieprawdziwe (zniekształcone), prawdziwe, ale prowadzące do nieprzystosowawczych wniosków lub prawdziwe (zgodne z rzeczywistością), ale zdecydowanie nieprzydatne (nieprzystosowawcze) (J. Beck, 2005). O ile celem terapii zaburzeń emocjonalnych jest przede wszystkim modyfikacja tych poznawczych elementów, jakimi są myśli automatyczne, o tyle w terapii zaburzeń osobowości najistotniejsza jest identyfikacja i zmiana leżących u ich podłoża kluczowych przekonań (Davidson, 2008).

Myśli automatyczne odzwierciedlają nie tylko idiosynkratyczną treść struktur poznawczych, ale także tendencyjność procesów przetwarzania informacji. Zniekształcania poznawcze to błędy logiczne stosowane przez wszystkich ludzi, w patologii utrwalone. Należą do nich:

- myślenie dychotomiczne (czarno-białe, wszystko albo nic, błąd fałszywego dylematu);
- katastrofizacja;
- przepowiadanie przyszłości;
- pomijanie pozytywów (lekceważenie pozytywnych informacji);

- uzasadnianie emocjonalne (potwierdzenia za pomocą emocji);
- etykietowanie;
- wyolbrzymianie/umniejszanie (minimalizowanie);
- selektywna uwaga (filtr mentalny, przejście od szczegółu do ogółu);
- arbitralne wnioskowanie (przeskakiwanie do konkluzji, wyciąganie pochopnych wniosków);
- nadmierne uogólnianie („zawsze”, „nigdy”, „wszystko”);
- czytanie w myślach;
- personalizowanie;
- nadużywanie imperatywów typu: „muszę”, „powinienem”;
- myślenie jednotorowe (efekt lornetki).

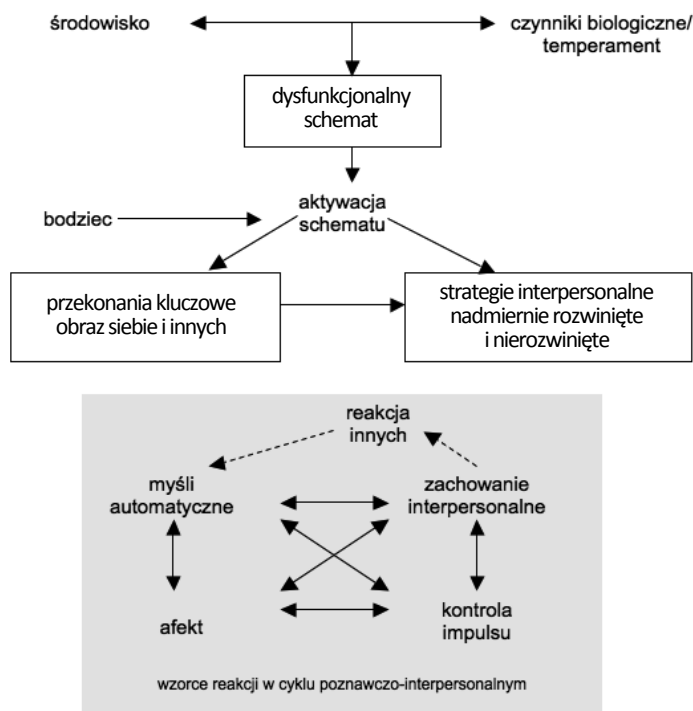
Schematy, automatyczne myśli i zniekształcenia poznawcze to trzy aspekty poznania, mające swój udział w błędnej percepcji i interpretacji codziennych zdarzeń, które często bywają niejednoznaczne. Pojedyncze błędne interpretacje i ich skutki z łatwością mogą zostać skorygowane przez następne doświadczenia, jednak w przypadku zaburzeń osobowości występują nie okazjonalne, ale systematyczne i utrwalone błędy w percepcji, przypominaniu i interpretacji, skutkujące trwałymi dezadaptacyjnymi reakcjami, co odróżnia je od tzw. normalnej błędnej interpretacji (Pretzer, Beck, 2005).

3.1.3. Poznawczy model zaburzeń osobowości – mechanizm i profil poznawczy

Kognitywny model zaburzeń emocjonalnych obejmuje pełne błędów i zniekształceń sekwencje przetwarzania informacji: percepcja lub przypominanie bodźca – reakcja poznawcza (myśl automatyczna) – reakcja afektywna, motywacyjna, behawioralna, somatyczna. Przykładowo bodziec zewnętrzny lub w postaci wspomnienia zostaje zinterpretowany zgodnie z przekonaniem kluczowym, co skutkuje pojawieniem się dezadaptacyjnej myśli automatycznej, która aktywuje emocje i zachowanie. Sekwencje te nie zachodzą wyłącznie liniowo czy horyzontalnie, ale mają charakter cyrkularny, co uwidacznia błędne koło wzajemnych aktywacji różnych wzorców reakcji (Pretzer, Beck, 2005). Obok wpływu poznania na emocje (myśli ujawniającej negatywny obraz siebie na nastrój smutku), równie znaczący jest wpływ emocji na poznanie, nawet łagodny nastrój depresyjny może zniekształcać percepcję i przypominanie zdarzeń w sposób spójny z nastrojem (Pretzer, 2004). Choć schematy, przekonania i założenia mają zasadniczy wpływ na proces przetwarzania informacji, to nie są jedynym źródłem zniekształceń. W odniesieniu do zaburzeń osobowości model poznawczy nie jest

wylącznie „poznawczy”, sekwencja wzajemnych wpływów procesów poznawczych, reakcji emocjonalnych i behawioralnych okazuje się niewystarczająca do wyjaśnienia stabilnych osobowościowych wzorców. Kognitywna perspektywa odnosząca się do chwilowych interpretacji zdarzeń pozwala rozumieć reakcję pacjenta na specyficzną sytuację, ale nie wyjaśnia utrzymywania się dysfunkcyjnych wzorców poznawczych i zachowań w zaburzeniach osobowości. Oprócz identyfikacji zaburzonego nastroju, dysfunkcyjnych procesów poznawczych i ich wzajemnego wpływu na siebie w pojedynczych epizodach, w zaburzeniach osobowości dopiero rozważenie samoutrwalających się poznawczo-interpersonalnych cykli dostarcza wiedzy o utrzymywaniu się dysfunkcyjnych zachowań w zaburzeniach osobowości (Pretzer, 2004). Zachowania interpersonalne wpływają na reakcje ze strony innych ludzi, które z kolei skutkują doświadczeniami wpływającymi na przekonania i założenia jednostki. Kiedy osoba stale wchodzi w interakcje z innymi w sposób, który wywołuje reakcje wzmacniające jej przekonania i założenia, te przekonania i założenia się utrwalają. W ten sposób kształtuje się mechanizm podtrzymujący zaburzenie: negatywne automatyczne myśli wywołują określony nastrój, który zniekształca percepcję, co z kolei zwiększa prawdopodobieństwo wywołania dodatkowych myśli automatycznych (element poznawczy cyklu). Jednocześnie związane ze schematami, aktywowane przez negatywne myśli automatyczne zachowanie interpersonalne wywołuje reakcje ze strony innych, których percepcja także może być zniekształcona (element interpersonalny cyklu) (Pretzer, Beck, 2005; Pretzer, 2004). Oprócz tego w mechanizmie podtrzymywania zaburzenia osobowości uwzględnia się także wzorce samoregulacji (Davidson, 2008), zdolność do kontroli impulsów (Evans, Watson, 2010) czy system kontroli wewnętrznej (Beck i in., 2004), odnoszące się do zaburzonych funkcji regulacyjnych (rys. 3.1).

Splot typowych schematów poznawczych, wzorców afektywnych i behawioralnych charakterystyczny dla konkretnej formy zaburzenia osobowości, zawierający obraz siebie, obraz innych oraz główne przekonania i strategie aktywowane pod wpływem specyficznych bodźców stanowi profil poznawczy (Beck i in., 2004). Przykładowo na profil poznawczy osobowości histrionicznej składa się obraz siebie jako osoby czarującej i efektownej, obraz innych jako wielbicieli oczekujących na uwiedzenie, przekonań kluczowych o treści „jestem zasadniczo nieatrakcyjna”, kompensacyjnych przekonań warunkowych o treści: „jeśli robię na innych wrażenie, to jestem atrakcyjna” oraz głównej strategii pod postacią dramatycznych demonstracji i wykorzystywania uroku czy płaczu. Strategie nadmiernie rozwinięte to ekshibicjonizm, ekspresyjność i impresyjność, a słabo rozwinięte to refleksyjność, kontrola i usystematyzowanie.



Rys. 3.1. Poznawczo-ewolucyjny model zaburzeń osobowości. Opracowano na podstawie: Davidson, 2007; Pretzer, Beck, 2005; Pretzer, 2004; Beck i in., 2004.

3.1.4. Diagnostyka w ewolucyjno-poznawczym podejściu Aarona T. Becka – konceptualizacja

Konceptualizacja oznacza formułowanie opartego na hipotezach modelu funkcjonowania konkretnego pacjenta przy użyciu pojęć opisujących i wyjaśniających psychopatologiczne komponenty struktur i wzorców oraz zależności pomiędzy nimi. Pozwala ona na zrozumienie zgłaszanych przez pacjenta trudności i symptomów w ramach założeń teoretycznych paradygmatu. W przypadku zaburzeń osobowości konceptualizacja jest hipotezą łączącą długotrwałe problematyczne zachowania, problemy interpersonalne i leżące u ich podłoża dysfunkcyjne przekonania kluczowe powstałe w rezultacie doświadczeń w dzieciństwie (Davidson, 2008). Konceptualizacja spełnia szereg funkcji zarówno diagnostycznych, jak i terapeutycznych, mających specyficzne znaczenie w zaburzeniach osobowości (Evans, Watson, 2010; Persons, 1989):

- dostarcza całościowego rozumienia doświadczenia pacjenta, łącząc zwykle chaotyczne i przeciążające doświadczenia i zdarzenia we wzorce, co doświadczane jest przez pacjentów jako nadające sens i regulujące;

- pozwala zaplanować efektywne formy interwencji i ich rozkład w czasie, co ma szczególne znaczenie dla pacjentów z zaburzoną osobowością, wymagających złożonych strategii, np. należy wcześniej omawiać doświadczenia traumatyczne przed koncentrowaniem się na popełnionym przestępstwie, w przeciwnym wypadku czynniki leżące u jego podłoża zostaną pominięte;

- sama konceptualizacja wzmacnia przymierze terapeutyczne; znajomość historii życia i traum pacjenta czyni terapeutę bardziej empatycznym niż koncentrującym się na awersyjnych doświadczeniach interpersonalnych, a dla pacjentów (zwłaszcza z historią deprywacji czy nadużycia) stanowi unikatowe doświadczenie interpersonalne;

- pozwala przewidzieć zachowania i reakcje pacjenta, także potencjalne sfery braku zaangażowania oraz zachowania sabotujące terapię;

- umożliwia zrozumienie i leczenie kluczowego problemu osób z zaburzoną osobowością – trudności interpersonalnych, w tym także procesu, w którym wcześniejsze doświadczenia są odgrywane w relacji terapeutycznej;

- konceptualizacja i rekonceptualizacja pozwala na zmianę nieskutecznego leczenia.

Konceptualizacja formułowana jest na podstawie informacji z czterech źródeł: wywiadu (uwarunkowania rodzinne, społeczno-kulturowe, problemy medyczne, motywacja, wgląd itp.), zastosowanych narzędzi diagnostycznych (diagnoza osobowości, schematów, itp.) obserwacji (ustrukturyzowana i nieustrukturyzowana, grupowa, przeprowadzona przez personel oddziału, itp.) oraz informacji dodatkowych (np. dokumentacja medyczna, sądowa, od członków rodziny, poprzednich terapeutów itp.) (Evans, Watson, 2010). Jedną z głównych różnic pomiędzy konceptualizacją w zaburzeniach osobowości i innych zaburzeniach jest konieczność formułowania jej wspólnie z pacjentem i w sposób jawny, co zapobiega niekonkluzywnemu przechodzeniu od jednego problemu do innego, jako że pacjenci mogą często ujawniać jeden dezadaptacyjny wzorzec osobowościowy, który w sposób nagły i niespodziewany zamieniają na odmienny (Davidson, 2008).

Według Persons (1989, 2007) problemy, z którymi pacjent się zgłasza na terapię, mogą być konceptualizowane na dwóch poziomach. Pierwszy z nich to obserwowalne trudności, w zaburzeniach osobowości to np. odkładanie ważnych spraw, myśli samobójcze lub trudności w relacjach z innymi, które można opisać za pomocą trzech komponentów: poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego. Drugi poziom konceptualizacji to psychologiczne mechanizmy leżące u podłoża problemów, głównie irracjonalne przekonania

na własny temat. Tworzenie hipotez dotyczących mechanizmu podtrzymywania problemów (poziom pierwszy) oraz genezy problemów (poziom drugi) poprzedzone jest próbą dookreślenia problemu. Zaproponowano trzy etapy konceptualizacji: 1) określenie problemu „co?”, 2) mechanizm podtrzymywania problemu „jak?” oraz 3) geneza problemu „dlaczego?” (Popiel, Pragłowska, 2008).

Lista problemów „co?”

Celem pierwszego etapu jest ustalenie wraz z pacjentem możliwie kompletnej listy problemów. Zwykle pacjenci zgłaszają jedną czy dwie trudności, jednak dążenie do utworzenia wyczerpującej listy w przypadku osób z zaburzeniami osobowości jest ważne z powodu możliwości oceny mechanizmu leżącego u podłoża objawów, nie pomijania ważnych obszarów funkcjonowania i, szczególnie, ze względu na egosyntoniczność problemów. Często osoby z zaburzeniami osobowości mają poważne problemy, o których z różnych powodów nie mówią; są to problemy, których w ogóle nie dostrzegają, albo kwestie, których nie spostrzegają jako problem, czasem trudności, o których nie mówią z powodu zawstydzenia czy zażenowania. Mogą to być kłopoty finansowe, uzależnienia, ale zwłaszcza problemy interpersonalne i autodestruktywność. Terapeuta uzyskuje informacje na ten temat w pośredni sposób: podczas obserwowania zachowań pacjenta w trakcie terapii, z historii osobistej i rodzinnej, dzięki informacjom od innych osób. Ta ostatnia możliwość ważna jest szczególnie wtedy, gdy podstawową trudnością pacjenta z zaburzeniem osobowości są problemy interpersonalne. Jednak aby terapeuta mógł wspólnie z pacjentem rozważyć opcję rozmowy z osobą bliską czy krewnym pacjenta, potrzebne jest jego zaufanie do terapeuty, co w początkowej fazie terapii tej grupy osób bywa poważnie utrudnione (Davidson, 2007). W związku z tym próby włączenia innych niż wymienione przez pacjenta problemów do ustalonej listy mogą spotykać się ze sprzeciwem i oporem ze strony pacjenta (Persons, 1989). Specyficzne dla pacjentów z zaburzeniami osobowości jest to, że ustalenie listy problemów może zabrać więcej czasu niż przy innego typu zaburzeniach. Natura problemów może stać się bardziej klarowna dopiero w trakcie trwania terapii, często zachowanie pacjenta wobec terapeuty odzwierciedla jego relacje z innymi, stąd proces diagnostyczny u tych pacjentów w sposób szczególny towarzyszy procesowi leczenia, a lista problemów jest otwarta.

Dla celów diagnostycznych i terapeutycznych ważne jest także sformułowanie problemów pacjenta w taki sposób, by można było je opisać w kategoriach poznawczych, afektywnych i behawioralnych komponentów (Persons, 1989). Rzadko są one formułowane w postaci dyskretnych problemów: „gdy jakiś chłopak mnie rzuca (bodzić), myślę o sobie że jestem do

niczego (myśl automatyczna), mam wtedy potworne poczucie winy (emocje) i od tego momentu nie chce mi się żyć”. Często są uogólnione „moje życie nie ma sensu” lub formułowane w taki sposób, który wyklucza udział pacjenta „gdyby on się zmienił, moje życie byłoby znacznie lepsze”.

Formułowaniu listy problemów powinno towarzyszyć ustalanie priorytetów w leczeniu, czyli wybór utrwalonych behawioralnych i interpersonalnych problemów związanych z kluczowymi przekonaniem, na których w pierwszej kolejności pacjent i terapeuta będą się koncentrować. Istotne jest odróżnienie tych aktualnych problemów, u których podłoża leżą dezadaptacyjne schematy od trudności uwarunkowanych przez czynniki zewnętrzne, niezwiązane z kluczowymi przekonaniem, dlatego że te ostatnie powinny być rozwiązane jako pierwsze. Wcześniej w terapii powinny też być omawiane problemy dotyczące zachowań suicydalnych, zagrażających życiu pacjentów, ale także zagrażających innym osobom, np. w osobowości antyspołecznej.

Mechanizm podtrzymywania i utrwalania problemów

W identyfikacji głównych mechanizmów podtrzymujących bieżące problemy zarówno w odniesieniu do zaburzeń z Osi I, jak i Osi II DSM ma zastosowanie analiza charakterystycznych dla pacjenta powtarzających się sekwencji: bodziec wyzwalający – myśli (automatyczne) – reakcje emocjonalne, fizjologiczne i behawioralne. Akcentuje się raczej wzajemne niż jednokierunkowe oddziaływanie procesów emocjonalnych i poznawczych: z jednej strony negatywne myśli automatyczne wywołują przykre emocje, które z kolei zwiększają prawdopodobieństwo pojawienia się myśli automatycznych (Pretzer, 2004).

Tabela 3.2. Przykładowe sekwencje „bodziec – poznanie – emocje”

Sytuacja	Myśl automatyczna	Emocje
Mój chłopak nie dzwoni	1. Nie chce się ze mną spotykać 2. To przeze mnie nie dzwoni 3. Będę zawsze sama	wściekłość, żal, smutek
Ktoś skrytykował mój sposób prowadzenia samochodu	1. Jak on śmie! 2. Obnażył moje niedoskonałości 3. Jestem słaby	uraza, upokorzenie

Klasyczny model sekwencji „bodziec – poznanie – emocja” w przypadku zaburzeń osobowości został uzupełniony o specyficzne dla nich obszary: interpersonalny (Pretzer, 2004) i kontroli impulsu (Evans, Watson, 2010). Przykład podany niżej ilustruje interpersonalny mechanizm utrwalania zaburzeń.

Ilustracja: Interpersonalny mechanizm utrwalania zaburzeń (na podstawie Pretzer, Beck, 2005)

Tomasz czeka na telefon od swojego współpracownika o umówionej porze. Ten nie dzwoni, a zniecierpliwiony Tomasz biernie oczekuje na telefon od niego. Kiedy wreszcie po długim czasie kolega dzwoni, ale nie tłumaczy, dlaczego nie skontaktował się o umówionej porze i nie przeprosza, Tomasz dochodzi do wniosku, że współpracownik lekceważy go i jego uczucia. Jeśli Tomasz zapytałby kolegę, dlaczego nie zadzwonił, a ten wyjaśniłby w sposób, który uwzględniałby uczucia Tomasza, jego reakcja mogłaby spowodować, że Tomasz doszedłby do innego wniosku.

Konkluzja, że kolega nie uwzględnia uczuć Tomasza, powoduje, że jest on przekonany, że musi sprawić, by ludzie traktowali go poważnie i silnie reaguje na opóźnienie kolegi. Jeśli z kolei ten odpowie na zarzuty Tomka w taki sposób, że poczuje się on zrozumiany i poważnie potraktowany, Tomasz będzie na jakiś czas usatysfakcjonowany, ale wzmocni to jego przekonanie, że musi sprawiać, by inni traktowali go poważnie. Jeśli jednak kolega zareaguje tak, że Tomasz poczuje, że nie jest traktowany serio, to wzmocni jego przekonanie „nie liczę się”, „nikt się ze mną nie liczy” i Tomasz może podwoić wysiłki po to, by kolega zaczął się z nim liczyć. Jeśli te działania zakończą się odmową kontaktu ze strony kolegi lub Tomasza, to wzmocni przekonanie Tomasza „nie liczę się” i „jeśli mówię to, co chcę, nikt nie traktuje mnie poważnie”.

Niektórzy autorzy (Evans, Watson, 2010) oprócz interpersonalnych elementów mechanizmu podtrzymującego zaburzenia osobowości uwzględniają także obszar kontroli impulsów, wskazując, że kluczowym zadaniem konceptualizacji jest zidentyfikowanie wzorców relacji pomiędzy czterema kluczowymi domenami, do których należą: poznawcza (przekonania kluczowe), afektywna (zdolność do regulacji afektu), funkcjonowanie interpersonalne i kontrola impulsów. Ponieważ potencjalnie każda z tych domen może oddziaływać na każdą, ważne jest prześledzenie indywidualnych wzorców oddziaływań. W przypadku zaburzeń osobowości jest to i ważne, i trudne jednocześnie, ponieważ emocjonalne i interpersonalne wzorce mogą gwałtownie zmieniać się w trakcie jednej sesji, kiedy pacjent fluktuuje pomiędzy różnymi sposobami przeżywania (Evans, Watson, 2010). Oprócz identyfikacji owych wzorców istotne jest także sformułowanie hipotez dotyczących podstawowych strategii interpersonalnych stosowanych przez pacjenta, ściśle powiązanych z reakcjami afektywnymi i przyczyniających się do utrwalenia patomechanizmu.

Geneza problemu

Ustalenie prawdopodobnych przyczyn kształtowania się zaburzenia osobowości w formułowaniu konceptualizacji wymaga odniesienia się do założeń o interakcji czynników środowiskowych i biologicznych. Oprócz tego konceptualizacja służy ustaleniu kluczowych przekonań pacjenta oraz prawdopodobnej ich genezy, a także określeniu trajektorii rozwoju problemowych obszarów osobowości i ich funkcjonalności, rozumienia wcześniej adaptacyjnej funkcji bieżących trudności (Evans, Watson, 2010).

W zaburzeniach osobowości – w porównaniu z typowymi zaburzeniami z Osi I – więcej uwagi powinno się poświęcić analizie historii życia pacjenta, szczególnie wczesnym doświadczeniom w rodzinie i w szkole. Pomocne może okazać się poszukiwanie funkcjonujących w rodzinie powiedzeń, np. powtarzane często przez matkę „musisz pracować ciężiej, bo nie jesteś tak zdolna jak twoi bracia” czy szczególnych sytuacji, które dziecko zapamiętało jako wydarzenia kluczowe, np. słowa ojca „Zobacz jak wyglądasz, nigdy nie znajdziesz męża”. Ponieważ schematy powstają często w okresie prewerbalnym, wskazówkę do rozpoznania treści dezadaptacyjnych schematów stanowią również wyobrażenia, obrazy umysłowe pacjenta i jego doznania (Cottraux, Blackburn, 2001). Podczas formułowania konceptualizacji zaleca się raczej zwrócenie uwagi na jakość doświadczeń pacjenta i ich eksplorację w obszarze interpersonalnych relacji, emocji, poznania niż ustalanie podstawowych faktów z życia pacjenta. W zaburzeniach osobowości należy się spodziewać licznych zniekształceń i niespójności w przywoływaniu wspomnień, które są częścią patologicznego stylu interpersonalnego, mogą to być zarówno rozmyślne kłamstwa, jak i zniekształcenia służące kompensacji uczuć np. zawstydzienia (Evans, Watson, 2010). W odkrywaniu kluczowych przekonań w zaburzeniach osobowości znacznie większą rolę niż w innych zaburzeniach odgrywa obserwacja w trakcie terapii i relacja terapeutyczna, czyli nie informacje uzyskane od pacjenta bezpośrednio, ale niezauważane przez niego wzorce odtwarzane w relacji terapeutycznej oraz tematy i treści powtarzające się w dyskursie pacjenta. Negatywne myśli automatyczne często okazują się zbieżne z hipotezami odnoszącymi się do kluczowych przekonań (Persons, 1989).

Konceptualizacja służy także oszacowaniu utrudniających terapię zachowań. Czynnikiem sprzyjającym rozwojowi zachowań sabotujących terapię jest niezdolność pacjenta do tolerowania wstydu i nienawiści do siebie. Oprócz tego istotne jest określenie zasobów i słabych stron pacjenta relatywnie niezaburzonych obszarów osobowości oraz obszarów zaburzonych w największym stopniu. Ułatwia to utrzymywanie nadziei, rozwój silniejszych stron, tolerowanie stresu związanego z dokonywaniem zmian (Evans, Watson, 2010).

Od tego rodzaju konceptualizacji istnieją wyjątki. Szczególnie dotyczą one niektórych pacjentów z osobowością antyspołeczną, którzy z trudem angażują się w pierwszy etap formułowania modelu zaburzeń łączący przeszłość z teraźniejszością, chcą wyłącznie szybko „załatwić” aktualne problemy. Koncentracja na bieżącym materiale może być dla nich właściwsza, gdyż dyskutowanie przeszłości, szczególnie dzieciństwa, może okazać się dla nich traumatyczne, a poza tym stosują oni unikanie emocjonalne. Osoby z zaburzeniem *borderline* mają podobne doświadczenia wczesnodziecięce, ale są one bardziej zaznajomione ze swoimi traumami i mają mniejszą tendencję do unikania. Dyskusja nad nierozwiniętymi strategiami może być dla pacjentów z antyspołeczną osobowością bardziej korzystna niż nad strategiami nadmiernie rozwiniętymi, gdyż ta boleśnie dotyka przekonań kluczowych (Evans, Watson, 2010).

3.2. Zaburzenia osobowości w świetle teorii schematów Jeffreya Younga

Young stoi na stanowisku, że założenia poznawczej teorii Becka oraz strategię postępowania terapeutycznego wymagają rewizji w obszarze zaburzeń osobowości. Wskazuje szczególnie na trudności w zastosowaniu poznawczych modeli wyjaśniających i procedur leczenia, które są adekwatne i skuteczne dla zaburzeń z Osi I, do osobowościowych problemów z Osi II DSM. Podkreśla specyfikę zaburzeń osobowości: znacznie większą sztywność w zakresie procesów poznawczych i behawioralnych oraz kluczowe znaczenie relacji intymnych. Ponadto uważa założenia terapii poznawczej, mówiące, że pacjent będzie ugodowy i zmotywowany do rozwiązywania problemów, że jest w stanie samodzielnie oszacować swoje emocje oraz procesy poznawcze i zrelacjonować je terapeutę, że swoje problemy może rozwiązać na drodze analizy empirycznej, logicznego dyskursu, eksperymentowania, stopniowego postępu i powtarzania za niemożliwe do zastosowania dla pacjentów, których motywacja jest w dużym stopniu ambiwalentna, którzy ze względu na zachowania unikowe nie są w stanie rozpoznać swoich emocji, których zaburzenia poznawcze i samoutrudniające zachowania są skrajnie odporne na zmianę. W związku z tym zmiana nie jest możliwa do osiągnięcia za pomocą technik poznawczo-behawioralnych (Young, Klosko, 2005; Bernstein, 2005). Young akcentuje bardziej proces nabywania dezadaptacyjnych schematów w trakcie rozwoju i koncentruje się na innych niż zniekształcenia poznawcze czynnikach, które podtrzymują sztywność schematów.

3.2.1. Struktury psychiczne oraz ich społeczne i temperamentalne uwarunkowania

Wczesny schemat dezadaptacyjny jest konceptualizowany jako wzorzec czy temat, nie jako przekonanie. Większość z nich rozwija się w okresie prewerbalnym, są to głęboko obwarowane wzorce, kluczowe dla poczucia ja, zwykle samoutrwalające się, gwałtownie uruchomione przez sytuacje życiowe związane ze schematem. Wczesny schemat dezadaptacyjny (Young i in., 2003) definiowany jest jako:

- wszechobecny i trwały temat lub wzorzec;
- obejmujący wspomnienia, emocje, procesy poznawcze i doznania cielesne;
- dotyczący własnej osoby i relacji z innymi;
- rozwinięty w dzieciństwie i wieku dorastania;
- podlegający modyfikacji w trakcie życia;
- w znacznym stopniu dysfunkcyjny.

Powstawaniu dezadaptacyjnych schematów w zaburzeniach osobowości sprzyjają trzy czynniki: frustracja przynajmniej jednej z pięciu podstawowych i uniwersalnych potrzeb emocjonalnych, wczesne wydarzenia życiowe będące bezpośrednim odzwierciedleniem oddziaływań rodziców oraz stopień wrodzonej podatności w postaci temperamentu emocjonalnego. Do podstawowych potrzeb zaliczają się następujące:

- stabilne, trwałe relacje z innymi (zapewniające bezpieczeństwo, stabilność, opiekę i akceptację);
- autonomia, kompetencja, poczucie tożsamości;
- swoboda wyrażania swoich potrzeb i emocji;
- spontaniczne zachowania i zabawy;
- realistyczne ograniczenia i samokontrola.

Schematy przede wszystkim powstają w rodzinie nuklearnej, choć także później pod wpływem oddziaływań rówieśników, szkoły czy czynników kulturowych, ale te pierwsze są zazwyczaj bardziej uporczywe i w większym stopniu wpływające na funkcjonowanie osoby (Young i in., 2003; Young, Klosko, 2005). Cztery typy wczesnych doświadczeń życiowych sprzyjających formowaniu schematów:

- toksyczna frustracja potrzeb powstająca w sytuacji, w której dziecko otrzymuje „zbyt mało dobrego”, szczególnie stabilności, miłości i zrozumienia, co prowadzi do rozwoju schematów, w których reprezentowany jest ów brak, niedobór, deficyt;
- traumatyzacja, czyli doświadczenie krzywdy i przemocy skutkuje poczuciem niebezpieczeństwa i bólu, powodując podważenie potrzeby bezpie-

czeństwa emocjonalnego oraz kształtuje schematy zarówno związane z zagrożeniem, jak i nieufnością, nadmierną czujnością i lękiem;

- sytuacja doznawania „zbyt wiele dobrego”, nadopiekuńczość, rozpieszczanie i pobłażanie ogranicza dziecięcą autonomię i kształtowanie realistycznie wyznaczonych granic;

- selektywne uwewnętrznianie lub identyfikacja z ważnymi osobami, w tym przypadku nie relacja rodzic – dziecko (czyli nie trauma, niewystarczające ani nadmierne zaspokojenie) przyczynia się do kształtowania schematów, ale wybiórcze uwewnętrznianie patologicznych wzorców rodziców. Posiadanie przez dziecko schematu niebezpieczeństwa nie jest wtedy związane z przemocą ze strony rodzica, ale z własnym poczuciem zagrożenia występującego u rodzica, z którym identyfikuje się dziecko.

Terapia osoby ze specyficznym schematem pomimo uwzględniania różnego typu zniekształceń, którym podlegają mentalne reprezentacje (np. skutków stanów emocjonalnych czy zacierania wspomnień pod wpływem czasu), traktuje negatywne reprezentacje rodziców jako w dużej mierze dokładne odzwierciedlenie rzeczywistych doświadczeń dziecka (Rafaeli i in., 2011). Na przykład okrutny uwewnętrzniony głos mówiący, że pacjent jest bezwartościowym nieudacznikiem, odzwierciedla rzeczywiste komunikaty rodzica.

W formowaniu schematów oprócz wydarzeń wczesnodziecięcych biorą udział również czynniki wrodzone tutaj konceptualizowane jako stabilne w czasie, relatywnie niezmiennie czynniki temperamentalne (Young i in., 2003). Young proponuje myślenie o temperamencie jako o konfiguracji punktów na następujących dymensjach: labilny – niereaktywny, dystymiczny – optymistyczny, lękowy – spokojny, obsesyjny – rozpraszający się, pasywny – agresywny, drażliwy – pogodny, nieśmiały – towarzyski. Temperament i wydarzenia wczesnodziecięce wzajemnie oddziałują na siebie w procesie powstawania schematów. Po pierwsze każdy z typów temperamentu naraża dziecko na odmienne reakcje ze strony rodziców, np. agresywne dziecko częściej wywołuje przemoc fizyczną ze strony porywczego rodzica niż pasywne, łagodne dziecko. Po drugie temperament powoduje, że dzieci w zróżnicowany sposób są wrażliwe na identyczne sytuacje, np. nieśmiałe dziecko na odrzucenie ze strony matki może zareagować zwiększeniem zależności, a dziecko towarzyskie odważy się zwrócić ku innym i nawiąże nowe pozytywne relacje. Im większa wrażliwość temperamentalna, tym mniejszy udział czynników środowiskowych w powstawaniu dezadaptacyjnych schematów, przy czym nawet brak wrodzonej podatności nie chroni przed rozwojem takich schematów w wyjątkowo trudnym środowisku rodzinnym (Rafaeli i in., 2011). Young wyróżnił 18 dezadaptacyjnych schematów pogrupowanych w 5 dużych kategorii korespondujących z pięcioma typami potrzeb, które nie zostały zaspokojone (por. tabela 3.3).

Tabela 3.3. Schematy oraz ich związki z zaburzeniami osobowości

Obszary	Dezadaptacyjne schematy	Treść schematu	Zaburzenia osobowości wg DSM-IV związane ze schematami
Rozłączenie (oddzielenie) i porzucenie	porzucenie/ niestabilność więzi	oczekiwanie nieuchronnego porzucenia	ZOA, ZOB, ZOZ, ZOH,
	podejrzliwość / krzywdzenie	inni będą mnie krzywdzić, poniżać, atakować	ZOA, ZOSCHT, ZOP, ZOB, DEP, PA,
	deprowacja emocjonalna	inni nie zaspokoją potrzeb opieki, empatii, ochrony	ZOA, ZOP, ZOB, ZOH,
Uszkodzenie autonomii i sprawności	niepełnowartościowość / wstyd	jestem niechciany, gorszy, niekochany	ZOB, ZON, ZOU, ZOZ, DEP,
	izolacja społeczna / alienacja	jestem sam, wyobcowany z grupy	ZOSCHT, ZOSCHI, ZOP, ZOU, DEP,
	zależność / niekompetencja	nie poradzę sobie bez pomocy	ZOB, ZOZ,
	podatność na zranienie i choroby	oczekiwanie nadciągającej katastrofy	ZOSCHT, ZOB, DEP,
Uszkodzone granice	uwikłanie / rezygnacja z ja	nadmierne zaangażowanie w relację	b.d.
	skazanie na niepowodzenie	oczekiwanie nieuchronnej porażki	ZOU, DEP, PA,
	roszczenia / wyolbrzymienie ja	jestem ponad innymi	ZOA, ZOH, ZON,
Skoncentrowanie się na innych ludziach	niedostateczna samokontrola i samodyscyplina	niewystarczająca samokontrola i brak tolerancji frustracji	ZOA, ZOB, ZOH, ZON,
	podporządkowanie się	jestem zmuszony oddać kontrolę innym	ZOB, ZOU, ZOZ, DEP,
	poświęcanie siebie	zaspakajam potrzeby innych kosztem swoich	b.d.
Nadmierna podejrzliwość i zahamowania	poszukiwanie aprobaty / uznania	nadmiernie zabiegam o aprobatę	b.d.
	negatywizm/pesymizm	skupienie się na negatywnych aspektach życia	b.d.
	stłumienie uczuć	zahamowanie spontanicznych uczuć, działań	ZOB, ZOOK,
	bezwzględne standardy/ hiperkrytycyzm	spełnianie standardów, by uniknąć krytyki	ZOOK
	nastawienie na karanie	ludzie powinni być karani za błędy	ZOB

Opracowano na podstawie: Young, Klosko, 2005; Arntz, van Genderen, 2009.

Objaśnienia: ZOB – zaburzenie osobowości *borderline*; ZOOK – zaburzenie osobowości obsesyjno-kompulsyjnej; ZOZ – zaburzenie osobowości zależnej; ZOU – zaburzenie osobowości unikającej; ZON – zaburzenie osobowości narcystyczne; ZOH – zaburzenie osobowości histrioniczne; ZOP – zaburzenie osobowości paranoicznej; ZOSCHI – zaburzenie osobowości schizoidalne; ZOSCHT – zaburzenie osobowości schizotypowe; ZOA – zaburzenie osobowości antyspołeczne; PA – zaburzenie osobowości pasywno-agresywna; DEP – depresyjna; b.d. – brak danych.

Uważa się, że znaczna część schematów to schematy bezwarunkowe, niektóre jednak są schematami warunkowymi. Pierwotne, bardzo wczesne schematy zawierają przekonania, na których powstanie i działanie dziecko nie ma wpływu, jednak niektóre późniejsze schematy i rezultaty ich funkcjonowania zależą od dziecka, przynajmniej czasowo. Takie schematy jak Podporządkowanie się, Poświęcanie siebie, Poszukiwanie aprobaty, Niepełnowartościowość, Stłumienie uczuć, Bezwzględne standardy/hiperkrytycyzm, w pewnym sensie są „wtórne” wobec bezwarunkowych i mogą przez dziecko zostać wytworzone w celu uniknięcia konsekwencji, których się obawia, np. w schemacie Podporządkowania w odpowiedzi na porzucenie osoba może mieć następujące przekonanie „Jeśli będę robił wszystko, czego chce druga osoba i nigdy nie będę zły, wtedy ona zostanie ze mną”. Zwykle jednak całkowite i długotrwałe spełnianie wymagań schematów warunkowych jest niemożliwe, co powoduje, że dziecko wciąż musi się zmagać z podstawowym schematem (Young i in., 2003).

3.2.2. Style radzenia sobie ze schematami i reakcje

Schematy zawierają wspomnienia, emocje, doznania cielesne i poznanie, ale nie reakcje behawioralne, które służą przystosowaniu się do schematu, w ten sposób go podtrzymując. Wszystkie reakcje, których funkcją jest przystosowanie się do schematu, głównie uniknięcie przeciążających emocji, konstytuują style radzenia sobie ze schematami. Są to przede wszystkim reakcje behawioralne, czasem także nienależące do schematu strategie poznawcze i emocjonalne. W odniesieniu do tego samego schematu, zasadniczo niezmiennego, może zostać wytworzonych wiele różnych stylów radzenia w odmiennych sytuacjach i etapach życia, ponadto wobec tego samego schematu różne osoby mogą ukształtować inne, czasami całkowicie przeciwstawne reakcje behawioralne. Wyróżniono trzy dezadaptacyjne style radzenia sobie ze schematami odpowiadające trzem podstawowym reakcjom organizmu na zagrożenie, czyli walce, ucieczce i zamrożeniu; są to odpowiednio: nadkompensacja, unikanie i poddanie się (Rafaeli i in., 2011; Young, Klosko, 2005).

Poddanie się oznacza uległość wobec schematu, który przyjmowany jest za prawdę. Pomimo dotkliwego doświadczania skutków działania schematu osoby nie walczą z nim i nie unikają go, lecz biernie realizują, powtarzając wywodzące się ze schematu wzorce. Nie zdając sobie z tego sprawy, jako dorośli kontynuują te same wzorce, które miały przynieść ulgę od trudnych dziecięcych doświadczeń. Kiedy napotkają na bodźce aktywujące sche-

mat, ich emocje są nadmierne, ale doświadczane świadomie. Przykładowo jeśli wychowywali się w atmosferze emocjonalnej deprivacji, jako dorośli poszukują emocjonalnie zimnych partnerów, którzy traktują ich tak jak rodzice.

Unikanie schematu polega na aranżowaniu swojego życia w taki sposób, by schemat nigdy nie został aktywowany. Unikanie dokonuje się zarówno poprzez procesy poznawcze – blokowane są myśli i wyobrażenia, które mogłyby aktywować schemat, jak i procesy emocjonalne – gdy pojawiają się emocje, są natychmiast stłumione. Przykładem zachowań unikowych jest nadmierne picie, używanie narkotyków, promiskuitywny seks, kompulsyjne sprzątanie, przejadanie się czy poszukiwanie stymulacji – wtedy, gdy służą unikaniu. Choć osoby z takim wzorcem w interakcjach z innymi mogą wydawać się całkiem zdrowe, to unikają wszelkich sytuacji, które mogą uruchomić schemat i wszelkich obszarów, w których czują się wrażliwi, często są to relacje intymne, wyzwania w pracy, a także zaangażowanie w terapię.

Nadkompensacja związana jest z wkładaniem ogromnego wysiłku w walkę ze schematem w taki sposób, by prawdziwe stało się to, co jest przeciwieństwem schematu. Dążenie do tego, by być maksymalnie odmiennym od tego dziecka, którym się było, kiedy schemat się kształtował, przyjmuje postać myśli, zachowań i emocji całkowicie opozycyjnych do podstawowego schematu. W przypadku dziecięcego schematu bezwartościowości może to być dążenie do perfekcji, schemat podporządkowania może zostać zastąpiony schematem kontrolowania innych, bycie wykorzystanym – wykorzystywaniem innych. Walka ze schematem może wydawać się zdrowym sposobem radzenia sobie, i jest takim, dopóki zachowanie jest proporcjonalne do sytuacji, bierze się pod uwagę uczucia innych osób i prowadzi do oczekiwanych rezultatów. Jednak zwykle osoby z tym stylem radzenia sobie skupiają się na walce ze schematem, stąd ich zachowanie jest przesadne, nadmiernie intensywne i nieproduktywne. Nadkompensacja rozwija się, ponieważ oferuje jakąś alternatywę dla cierpienia związanego ze schematem, jest środkiem ucieczki przed poczuciem bezradności i podatności do doświadczanego we wczesnym okresie rozwoju.

Nadkompensacja, poddanie się i unikanie manifestują się poprzez specyficzne zachowania i strategie zwane reakcjami (*coping responses*). Styl radzenia sobie ze schematami stanowi zbiór właściwych dla danego pacjenta, idiosynkratycznych reakcji z repertuaru behawioralnego. Styl konceptualizowany jest jako cecha, a reakcja jako stan. Styl unikania może przejawiać na wiele różnych sposobów (reakcji), od kompulsyjnego picia w sytuacji zagrożenia porzuceniem do unikania sytuacji, miejsc i osób aktywujących pod-

stawowy schemat. Większość pacjentów używa kombinacji stylów i reakcji radzenia sobie ze schematami.

Czynnikami, które determinują rozwój któregoś ze stylów radzenia są: temperament (np. dziecko pasywne częściej poddaje się lub unika niż dziecko o agresywnym temperamencie, które stosuje nadkompensację) i selektywna internalizacja czy modelowanie (naśladowanie stylu radzenia rodzica, z którym dziecko się identyfikuje).

3.2.3. Mechanizm aktywacji – tryby schematów

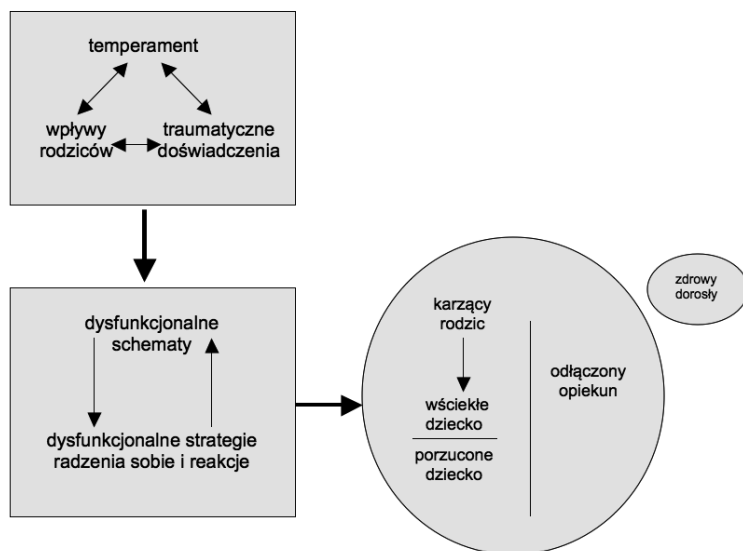
Większość schematów i związane z nimi style i reakcje radzenia nie są aktywne przez cały czas, dominują jedynie te, które aktualnie zostały wzbudzone przez sytuacje życiowe, na które pacjent wykazuje pewną nadwrażliwość emocjonalną. Te aktywne w danym momencie schematy i sposoby radzenia sobie z nimi, w tym głównie stany emocjonalne, zarówno zdrowe, jak i patologiczne, nazywane są trybami schematów. Są one stanami przejściowymi, w przeciwieństwie do schematów, które uważane są za cechy, stałe właściwości. Można zaobserwować przełączanie się pomiędzy jednym a drugim schematem, dlatego w terapii podstawowe pytanie dotyczy tego, jaki schemat i jakie operacje na schemacie pacjent manifestuje w danej chwili. Tryby można też traktować jako manifestującą się w danym momencie część tożsamości, aktualną koncepcję siebie. W patologii utracona zostaje zdolność równoważenia różnych stron osobowości i płynnego przechodzenia z jednego trybu do drugiego.

Dysfunkcyjne tryby schematów są tymi aspektami siebie, które nie są zintegrowane z pozostałymi schematami. Mogą funkcjonować w całym spektrum dysocjacji – od łagodnego przełączania się z jednego nastroju w drugi aż do stanów, w których pacjent nie wie, że istnieje inny całkowicie zdysocjowany tryb, jak w zaburzeniu dysocjacyjnym (Young i in., 2003). W osobowości *borderline* zmiany zachowań i uczuć są tak gwałtowne i nagłe, że pacjent i jego otoczenie traci orientację w tym, co się dzieje. Od stanu całkowicie zrelaksowanej osoby, w odpowiedzi na zagrożenie opuszczeniem przez ważną osobę natychmiast przechodzi do stanu niemożliwego do ukojenia załęknionego dziecka (Arntz, van Genderen, 2009).

Obecnie istnieje opisanych 10 trybów, choć zakłada się, że jest ich więcej. Tryby te zostały pogrupowane w cztery kategorie: 1) tryby dziecięce, 2) tryby dysfunkcyjnego radzenia sobie, 3) tryby dysfunkcyjnych rodziców i 4) tryb zdrowego dorosłego (Rafaeli i in., 2011). Tryby dziecięce są wrodzone i uniwersalne, każde dziecko potencjalnie zdolne jest do manifestowania jednego z czterech trybów: wrażliwego na krzywdzenie, roz-

złoszczonego, impulsywnego/niedzyscyplinowanego i szczęśliwego dziecka. W pierwszym trybie wrażliwego na krzywdzenie dziecka ludzie zazwyczaj doświadczają swoich podstawowych schematów, np. uczuć związanych z byciem „porzuconym”, „poddanym deprywacji” lub „niepełnowartościowym” dzieckiem. W trybie rozszoszczonego dziecka ujawniana jest wściekłość w odpowiedzi na frustrację potrzeb, zaś w trybie dziecka impulsywnego gwałtowne wymaganie natychmiastowego zaspokojenie potrzeb i niezdolność do tolerowania frustracji. Ostatni jest zdrowym trybem szczęśliwego dziecka, w którym doświadczany jest stan spokoju związany z zaspokojeniem potrzeb.

Trzy dysfunkcyjne tryby to: uległy poddany, obojętny (odłączony) opiekun i nadkompensator. Tryby te korespondują ze stylami radzenia sobie (poddaniem, unikaniem i nadkompensacją), różnica pomiędzy nimi polega na tym, że style odnoszą się do zachowań zaradczych, a tryby są stanami emocjonalnymi, w których uczestniczą funkcje emocjonalne, poznawcze i behawioralne uruchomione w chwili aktywowania wczesnych nieadaptacyjnych schematów.



Rys. 3.2. Model zaburzeń osobowości w teorii schematów – przykład. Opracowano na podstawie: Arntz, 2012; Arntz, van Genderen, 2009; Young i in., 2003.

Trzecią kategorię stanowią tryby rodzicielskie: rodzic karzący i wymagający. Przejawia się pod postacią wewnętrznego „głosu” krytycznego i besztającego lub stawiającego nadmiernie wymagania. Ostatni to tryb

zdrowego rodzica, który może moderować tryby patologiczne, np. trzymać pod kontrolą agresję związaną z dysfunkcyjnym trybem. Jest to zwykle tryb słabo rozwinięty wśród pacjentów z zaburzeniami osobowości, jednocześnie niezwykle ważny, gdyż od jego działania zależy np. uczestniczenie w terapii (Arntz, van Genderen, 2009).

3.2.4. Diagnoza zaburzeń osobowości w teorii schematów – kroki diagnostyczne

Konceptualizacja w teorii i terapii schematów obejmuje zbieranie informacji o dysfunkcyjnych wzorcach życiowych pacjenta poprzez identyfikację wcześniejszych okresów życia pacjenta, w których te wzorce funkcjonowały; pozwala to ustalić bodźce aktywujące schemat oraz myśli, uczucia i zachowania pojawiające się po jego uruchomieniu. Ponadto celem konceptualizacji jest rozpoznanie nieadaptacyjnych schematów, stylów i trybów oraz ich rozwoju, a także ocena temperamentu i możliwych wzajemnych oddziaływań z czynnikami rozwojowymi (trauma, deprywacja, pobłażliwość) (Raffaeli i in., 2011). Pomimo posiadanej diagnozy nozologicznej oraz informacji o tym, jakie schematy, tryby schematów i sposoby radzenia są charakterystyczne dla danego zaburzenia osobowości, konieczna jest indywidualna konceptualizacja dla każdego pacjenta. Pacjenci mogą różnić się pod względem ważności różnych trybów, niektóre specyficzne dla danego zaburzenia osobowości tryby mogą być nieobecne, jeszcze inne mogą być związane ze współwystępującymi zaburzeniami (Arntz, 2012). Terapeuta wspólnie z pacjentem tworzą hipotezy odnoszące się do trybów schematów, a potem łączą je z przeszłymi sytuacjami oraz aktualnymi problemami. Niektóre tryby nie muszą być rozdzielane, zwłaszcza gdy są aktywowane przez ten sam bodziec i należą do tej samej kategorii, np. tryb karzącego i wymagającego rodzica (Arntz, van Genderen, 2009).

Ilustracja. Werbalizacje pacjentów w różnych trybach dezadaptacyjnych schematów

Pacjent w trybie karzącego rodzica: „Jestem beznadziejny, robię same głupie rzeczy, do niczego się nie nadaję, nigdy się nie zmienię”

Pacjent w trybie odłączonego opiekuna: „Wszystko jest dobrze, nic się nie wydarzyło, nie ma problemu, nie ma o czym mówić”

Pacjent w trybie wściekłego/impulsywnego dziecka: „Nienawidzę go, zobacz jak mnie traktuje, zabije się”.

Źródłami, na podstawie których formułowana jest konceptualizacja, są: wywiad ukierunkowany na historię rozwoju pacjenta, formularze autorefleksji, samoobserwacja oraz gromadzenie danych w trakcie relacji terapeutycznej. Jednym z pomocnych w procesie diagnostycznym narzędzi jest technika kierowania wyobrażeniami, w której terapeuta prosi pacjenta o wyobrażenie sobie jakiejś sceny czy epizodu, inicjuje doświadczenie schematu przez pacjenta, powodując przejście schematów od stanu „wygaszenia” do stanu „rozgrzania” (Rafaeli i in., 2011). Jej celem jest uruchomienie schematów oraz identyfikacja ich połączeń z przeszłością (źródła schematów w dzieciństwie) i stanem aktualnym (obecnymi problemami). Zwykle uruchamia wiele silnych emocji, które towarzyszą przywołanym obrazom (nie tylko słowom i myślom).

4

Zaburzenia osobowości w teorii relacji z obiektem

Lidia Cierpiałkowska

4.1. Model konfliktu i deficytu a zaburzenia osobowości

Rozwój teorii zaburzeń osobowości, podobnie jak teorii osobowości, zmierza do całościowego i spójnego opisanie aktywności i struktury psychicznej człowieka, która obejmowałaby wyjaśnienie patomechanizmu i patogenezy, zgodnie z przyjętymi, w konkretnym nurcie psychologii, założeniami o naturze ludzkiej. We współczesnej psychoanalizie, odwołującej się i rozwijającej niektóre z założeń klasycznej freudowskiej teorii popędów, szczególnie w teorii relacji z obiektem i psychologii *self*, w centrum zainteresowania pozostaje konceptualizacja patomechanizmu kształtowania się zaburzeń osobowości (charakteru) oraz powstania charakterystycznej dla tej patologii struktury lub organizacji psychicznej.

Choć teoria relacji z obiektem odwołuje się do koncepcji konfliktu jako źródła zaburzeń osobowości, a psychologia *self* do modelu deficytu, to oba nurty dzielą założenia klasycznej psychoanalizy, że: 1) postępowanie ludzkie jest w istotnym stopniu zdeterminowane działaniem nieświadomych, sprzecznych impulsów (miłości i agresji) pozostających pod wpływem mniej lub bardziej dojrzałych mechanizmów obronnych; 2) rozwój psychiczny ma charakter fazowy i progresywny, ale pod wpływem pewnych czynników może ulec zahamowaniu; 3) podstawową metodą leczenia jest analiza wolnych skojarzeń i snów u pacjentów zdolnych do przeniesienia (por. Pine, 1988; Gabbard, 2005). W modelu deficytu, w odróżnieniu od modelu konfliktu, przyjmuje się, że struktura psychiczna nie zawiera pewnych istotnych reprezentacji *self* i obiektu, wskutek czego dochodzi do jej patologicznego rozwoju. Brak ważnych rozwojowo reprezentacji psychicznych powoduje, że w procesie psychoanalizy nie wystarczy uświadamianie nieświadomego, a konieczne jest stworzenie odpowiednich warunków do ukształtowania się lub wzmocnienia brakujących reprezentacji *self* w relacji z obiektem (Pine, 1988; Goldstein, 2003).

W połowie lat siedemdziesiątych Otto F. Kernberg (1967, 1976) przedstawił strukturalną koncepcję osobowości, wyodrębniając (obok osobowości dojrzałej i zintegrowanej) trzy organizacje osobowości, które mają charakter patologiczny, tj. psychotyczną, *borderline* i neurotyczną. Pozostaje ona w ścisłych związkach z założeniami koncepcji pozycji schizoidalno-paranoidalnej i depresyjnej Klein (1946/2005). Taki sposób podejścia do zaburzeń psychicznych stworzył możliwości innego spojrzenia na ich psychologiczne podłoże oraz zaowocował poszukiwaniami zmierzającymi do stworzenia odmiennego, od freudowskiej koncepcji rozwoju psychoseksualnego, modelu rozwoju struktury psychicznej okresu preedypalnego. Koncepcja Kernberga (1976) uzasadniała przyjęcie założenia, że całe spektrum zaburzeń psychicznych opisanych na Osi I i Osi II DSM-III (1987 i dalsze wydania) można zaklasyfikować do trzech patologicznych struktur osobowości. Te założenia otworzyły klinicytom i terapeutom nowe możliwości opisania i zrozumienia pacjentów z głębszymi, niż nerwica okresu edypalnego, zaburzeniami psychicznymi, a także zapoczątkowały znaczące badania naukowe weryfikujące owe tezy dla zaburzeń psychicznych Osi I (por. Fischer-Kern, Buchheim, Schuster i in., 2010; Clarkin, 2006). W konsekwencji zaczęto odnosić trzy poziomy patologii organizacji osobowości do zahamowania rozwoju struktury psychicznej na różnych etapach jej rozwoju preedypalnego i edypalnego. W ramach teorii relacji z obiektem M. Mahler wraz ze współpracownikami (1975), a także Winnicott (1971/2008) stworzyli psychodynamiczne koncepcje rozwojowe wskazujące, że źródeł owych poziomów patologii organizacji osobowości należy upatrywać w fiksacji przekształceń zintrojektowanych reprezentacji *self*-obiekt. Natomiast założenia psychologii *self* – H. Kohut (Kohut, Wolf, 1978) czy G. Adler i D. Buie (1979) współcześnie najczęściej odnoszone są do teorii rozwoju i patologii *self* i *self*-obiektu D. Sterna (1985).

W niniejszym rozdziale przedstawiono podejście rozwojowe wyjaśniające kształtowanie się struktury osobowości, koncepcję patologii struktury i organizacji osobowości O. Kernberga oraz wywiad strukturalny umożliwiający trafną diagnozę różnicową.

4.2. Rozwój struktury osobowości

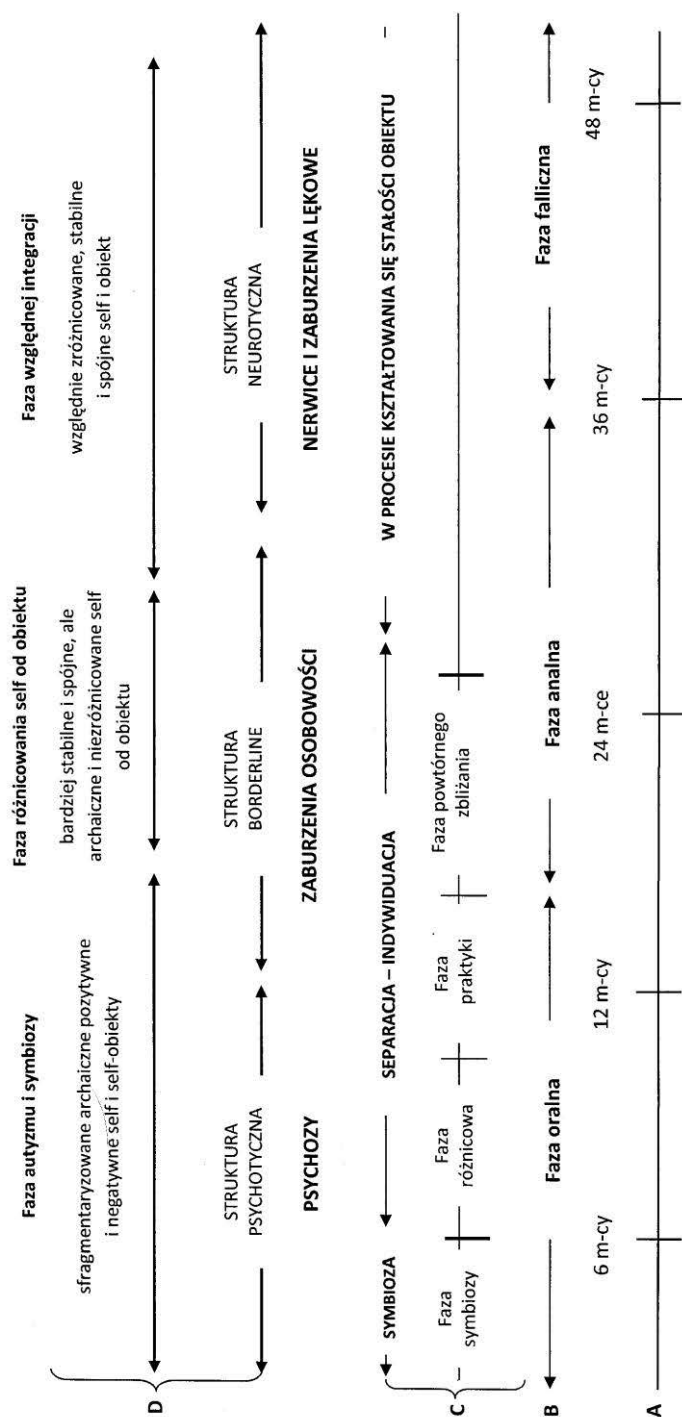
W modelach rozwojowych próbuje się wyjaśnić, w jaki sposób wrodzone, biologiczne właściwości w interakcji z przeszłymi doświadczeniami jednostki wpłynęły na powstanie hipotetycznej, ukrytej struktury psychicznej, która aktualnie wyznacza jej funkcjonowanie psychospołeczne (Tyson, Tyson, 1990). Psychoanalityczne koncepcje rozwoju struktury psychicznej po-

wstawały zarówno w wyniku postępowania diagnostycznego o charakterze retrospektywnym (badania *ex post facto*), jak i prospektywnym (badania podłużne). Obiema strategiami posługiwał się Freud, kiedy tworzył sekwencyjną teorię stadiów rozwoju psychoseksualnego, odwołując się do wiedzy pochodzącej nie tylko z odtwarzania w procesie psychoanalizy jednej struktury psychicznej po drugiej (podążając w kierunku tej, która poprzedza ją czasowo) dorosłych pacjentów, ale także do wyników wieloletnich obserwacji prowadzonych na dzieciach cierpiących z powodu różnych problemów psychicznych. W *Trzech esejach na temat seksualności* Freud (1905/1999) przedstawił sekwencyjne ujęcie rozwoju popędów libidinalnych i agresywnych, zmierzających od organizacji oralnej do genitalnej, który w teorii relacji z obiektem został uzupełniony opisami rozwoju poprzedzającymi okres edypalny.

Relacje między wyodrębnionymi przez Freuda (1905/1999) fazami rozwoju psychoseksualnego a etapami rozwoju struktury psychicznej w teorii relacji z obiektem przedstawiono na rys. 4.1.

4.2.1. Od zewnętrznych do wewnętrznych relacji *self* – obiekt

W obrębie teorii relacji z obiektem można wyodrębnić dwa główne nurty, które w różnym stopniu uznają znaczenie rzeczywistości, a dokładniej rzeczywistych relacji dziecka z matką dla kształtowania się w procesie internalizacji struktury psychicznej. Prekursorką pierwszego nurtu jest Klein, pozostająca pod silnym wpływem teorii popędów Freuda, która źródła ukształtowania się pozycji schizoidalno-paranoidalnej i depresyjnej spostrzegała w fantazjach dziecka, pozostających pod silnym wpływem popędu śmierci. Jej poglądy znajdują wielu zwolenników, między innymi H. Segal czy O.F. Kernberga. Drugi nurt tworzą ci, którzy większe znaczenie przypisują rzeczywistej relacji dziecka z matką jako podstawy tworzenia się wewnętrznej reprezentacji *self* z obiektem. W.R.D. Fairbairn, H. Guntrip czy D.W. Winnicott, odrzucając tezę, że popęd dąży do rozładowania, dzięki czemu dziecko doświadcza przyjemności, stwierdzili, że głównie dąży ono do nawiązania relacji z obiektem, wyznaczonej fazą rozwoju pragnień więzi i indywiduacji. Nawiązanie stosownej do pragnień relacji staje się źródłem poczucia dobrostanu (Goldstein, 2003). Punktem odniesienia autorskich ujęć rozwoju struktury psychicznej, także Kernberga, który zmieniał poglądy o znaczeniu rzeczywistych relacji dziecka z matką dla powstania struktury psychicznej (Kernberg, 1967, 2004; Kernberg, Caligor, 2005), jest koncepcja separacji-indywiduacji M. Mahler i in. (1975), która w znaczącym stopniu została zweryfikowana empirycznie.



Rys. 4.1. Fazy rozwoju struktury psychicznej a psychopatologia A - wiek życia dziecka, B - rozwój psychoseksualny według S. Freuda; C - rozwój psychiczny według M. Mahler oraz D - patologia struktury osobowości oraz rozwój self i obiektu według O. Kernberga (na podstawie Rinsley, 1992; Acklin, 1992).

Próbując odpowiedzieć na pytanie, jak powstaje aparat psychiczny, w teorii relacji z obiektem sformułowano założenia o tym, jak zewnętrzna relacja dziecka z matką staje się wewnętrzną reprezentacją *self*-obiekt, która na różnych etapach rozwoju ulega swoistym przekształceniom, oraz jak przebiega proces separacji-indywiduacji, a dokładnie jakie znaczące osiągnięcia intrapsychiczne wpływają na dojrzewanie lub zahamowanie rozwoju struktury psychicznej. Choć struktura psychiczna może ulegać przeobrażeniom przez całe życie, to psychoanalitycy próbowali pokazać, jak doświadczenia dziecka w relacji z matką – wystarczająco lub niewystarczająco dobra – oraz jego fantazje z nią związane wpływają na wewnętrzne reprezentacje tej relacji, a następnie jak owe reprezentacje psychiczne *self* – obiekt (matka) determinują jego funkcjonowanie psychospołeczne, zwłaszcza spostrzeganie siebie i przeżywanie relacji z innymi ludźmi w dorosłości.

Internalizacja (uwewnętrznienie) to pojęcie kluczowe w teorii relacji z obiektem, gdzie używa się go w dwóch znaczeniach: dla opisanie istoty procesu powstawania i rozwijania się aparatu psychicznego oraz dla wskazania na wynik tego procesu w postaci reprezentacji *self*, reprezentacji obiektu i towarzyszących im pozytywnych i negatywnych afektów, będących względnie trwałym elementem struktury psychicznej. Dzięki różnym formom uwewnętrznienia: inkorporacji, introjekcji, identyfikacji różne aspekty świata zewnętrznego oraz doświadczeń powstałych w relacjach z nimi (zwłaszcza ważnym osobami) tworzy sieć połączeń neuronalnych w mózgu, które stają się bardziej trwałymi elementami struktury psychicznej. To, co zostaje uwewnętrznione, może przyjmować różną postać, na przykład sensomotoryczną, obrazową czy symboliczną (Behrends, Blatt, 1985; Meissner, 1980).

Ogólnie zakłada się, że każda z postaci internalizacji występuje na innym poziomie (etapie) zróżnicowania *self* od obiektu, pozostając w ścisłym związku z kolejnymi stadiami dojrzewania i rozwoju psychicznego. Inkorporacja zachodzi na najbardziej pierwotnym, oralnym etapie rozwoju, gdy *self* nie jest zróżnicowane od obiektu. Ma zatem charakter globalny i nie-zróżnicowany, któremu towarzyszy fantazja o pochłonięciu i destrukcji obiektu, u których źródeł leży istniejący od urodzenia popęd agresji (Klein, 1955/2005). Inkorporacja stanowi wzorzec dla introjekcji i identyfikacji. Introjekcja jest procesem, który zachodzi na etapie nieco bardziej zróżnicowanego *self* od obiektu, dzięki czemu są przyswajane częściowe właściwości i funkcje obiektu – zaspokajające (pozytywne) i niezaspokajające (negatywne). Wielokrotne doświadczanie błogostanu wpływa na konsolidację i integrację introjekcji *self*-obiekt zabarwionych afektami pozytywnymi, będących skutkiem relacji z obiektem zaspokajającym i kojącym (tzw. dobry obiekt), a negatywne introjekcje *self*-obiekt współwystępują z lękiem, smutkiem czy

wściekłością z powodu porzucenia, zaniedbania czy wykorzystania (tzw. negatywny obiekt). W przebiegu introjekcji występują także fantazje o pochłonięciu, ale bez wyobrażeń o niszczeniu obiektu. Identyfikacja to bardziej dojrzała forma internalizacji relacji z obiektem, która pojawia się, gdy reprezentacja *self* jest stosunkowo dobrze oddzielona od obiektu, który wobec *self* pełni specyficzne role rodzicielskie. Proces uwewnętrzniania cech ważnych osób pozostających z dzieckiem w relacji jest bardziej wybiórczy i świadomy. Postępującemu różnicowaniu *self* od obiektu towarzyszy uaktywnienie się bardziej dojrzałych mechanizmów obronnych niż rozszczepienie (mechanizm oddzielający introjekcje pozytywne i negatywne), co umożliwia konsolidację różnych zachowań, funkcji i wartości znaczących osób w bardziej spójną i stabilną reprezentację obiektu, która staje się funkcjonalną częścią *self* (Greenberg, Mitchell, 1983; Moore, Fine, 1996). Zdaniem Kernberg (1976) najwyżej zorganizowaną formą internalizacji jest tożsamość *ego* (*ego identity*). Na tym etapie rozwoju struktury psychicznej dochodzi do uaktywnienia się syntetyzujących funkcji *ego*, dzięki czemu łączą się pozytywne i negatywne reprezentacje *self* i obiektu, co wpływa na poczucie stałości i ciągłości *self* oraz obiektu, a także wyodrębnienie się z *id* – *ego* i *superego*. Pierwotniejsze procesy uwewnętrzniania, jak introjekcje i identyfikacje leżą u podstaw powstawania *id* i *superego*, a najwyższa forma internalizacji uczestniczy w procesie wyodrębniania się elementów *ego* i *superego* oraz ich późniejszego rozwoju i dojrzewania.

4.2.2. Rozwój dziecka w okresie preedypalnym według Margaret Mahler

Rozwój dziecka w okresie preedypalnym według M. Mahler, S. Pine i F. Bergman (1975) przebiega w pięciu etapach – pierwsze dwa związane są ze stworzeniem więzi dziecka z matką, kolejne stanowią o jego „narodzinach psychicznych”, które daje się zaobserwować na wielu płaszczyznach psychofizycznych w procesie separacji-indywidualizacji.

Na etapie I rozwoju, który trwa około miesiąca i nazwany jest fazą normalnego autyzmu, dziecko sporadycznie reaguje na bodźce zewnętrzne (por. freudowska bariera przeciwbodźcowa), pozostając pod wpływem doświadczanego wewnętrznie stanu zaspokojenia lub frustracji. Chociaż jest to okres preobiektałny i preprzywiązaniowy, to obecność zaspokajającej, troskliwej i empatycznej matki jest niezbędna dla uaktywnienia się w libido pragnień więzi. Etap II, nazywany fazą normalnej symbiozy, jest okresem, w którym niemowlę zaczyna traktować matkę (lub inną osobę pełniącą funkcję matki) jako „obiekt zaspokajający jego potrzeby”, z którym na płasz-

czyźnie zewnętrznej i wewnętrznej (psychicznej) pozostaje w poczuciu jedności. Podczas tego etapu rozwoju nie istnieje rozróżnienie „ja” od „nie ja”. Począwszy od 2 miesiąca życia, dziecko funkcjonuje tak, jakby ono i matka stanowili „omnipotentną jedność w dwojgu” (Mahler, Pine, Bergman, 1975, s. 291) otoczeni wspólną granicą oddzielającą ich od reszty świata. Matka w ciągu najbliższych czterech miesięcy staje się pośrednikiem między dzieckiem i światem zewnętrznym, a przeżycia i doznania pochodzące z poczucia jedności stają się podstawą tworzenia się poczucia *self* u dziecka. Introjekcji podlegają działania matki skierowane na zaspokojenie potrzeb niemowlęcia, jej empatyczne reagowanie na jego pragnienia związane z więzią i opieką, w formie tulenia, kojenia i uspokajania silnych emocji w oczekiwaniu na zaspokojenie. Aktywność ta pełni funkcję „regulatora” negatywnych emocji dziecka w sytuacji frustracji. Uśmiech rozpoznania kierowany przez niemowlę do matki i przeżywanie dobrostanu w jej obecności dowodzi powstania więzi z wybranym obiektem. Dziecko, doświadczając naprzemienienia zaspokojenia i frustracji, stopniowo uświadamia sobie, że jest „coś” poza symbiotyczną relacją z matką (Mahler, Pine, Bergman, 1975; Goldstein, 2003, także Światała, 2002).

Okolo 6 miesiąca życia rozpoczyna się faza separacji-indywiduacji, proces, podczas którego dziecko stopniowo wychodzi ze stanu fuzji, stopienia się z pierwotnym obiektem miłości i wskutek różnicowania się zaczyna rozpoznawać i rozwijać indywidualne cechy *self*. Separacja obejmuje nie tylko zdolności dziecka do oddalania się fizycznego od matki, ale przede wszystkim oznacza wewnątrzpsychiczne procesy wyłania się *self* z *self*-obektu, które wiąże się z pozytywnymi i negatywnymi afektami. Indywiduacja to wieloletni, bardzo złożony proces różnicowania przez dziecko własnych cech od właściwości obiektu, z którym pozostawało w symbiozie.

Mahler i in. (1975) wyodrębnili cztery kolejne podfazy separacji-indywiduacji, które zmierzają do osiągnięcia względnej stałości *self* i obiektu (por. rys. 4.1). W podfazie różnicowania się, trwającej od 6 do 10 miesiąca życia, niemowlę wykazuje większe zainteresowanie światem zewnętrznym, zaczyna eksperymentować różnymi przedmiotami, podejmuje inicjatywę i podąża do wybranego celu. Są to działania chwilowe, bo wraca szybko do obiektu przywiązania. Okolo 7-8 miesiąca życia dziecko odróżnia twarz matki od innych osób w otoczeniu, dzięki tzw. wzorcowi, sprawdzania, zaczyna być świadome specyficznych cech matki. Lęk przed obcymi, zwany też lękiem separacyjnym występuje z różną intensywnością w zależności od stopnia dostrojenia matki do dziecka w okresie autyzmu i symbiozy. Ważne stają obiekty przejściowe, te zastępujące matkę pod jej nieobecność, które mają moc uaktywniania wewnętrznej reprezentacji *self*-obekt. Podfaza prób albo praktyki, to okres między 10 a 16 miesiącem życia, w którym niemowlę

intensywnie ćwiczy nabyte umiejętności poznawcze i ruchowe w obecności matki, od której potrzebuje nieustannego zainteresowania i pomocy. Podczas eksploracji i poznawania świata dziecko doświadcza szczytu poczucia mocy i wielkości. Charakteryzuje się podwyższonym nastrojem, odpornością na ból fizyczny i wysoką samooceną. O ile na początku tej podfazy dostępność matki jest niezbędną, o tyle pod jej koniec dziecko potrafi znosić krótkotrwałą separację, co sprzyja pogłębieniu indywiduacji. W okresie tym dziecko jest bardzo „wrażliwe” na niedostępność matki, a jej rzeczywista czy wyobrażona nieobecność może powodować nasilenie lęków separacyjnych i zahamowanie procesu indywiduacji. Indywiduacja kojarzy się z utratą obiektu, który w tym czasie jest dla dziecka nieodzowny. Podfaza powtórnego przybliżania się, która trwa od 16 do ukończenia 2 lat, to okres dojrzewania funkcji motorycznych i poznawczych, pogłębiania autonomii i indywiduacji i zarazem doświadczania najsilniejszych lęków separacyjnych. Dziecko musi w tym okresie rozwiązać wewnątrzpsychiczny konflikt między silnymi pragnieniami symbiotycznymi (pozostania z matką) a pragnieniami autonomii, której towarzyszy poczucie odrębności i indywidualności. Rozwój myślenia i pamięci u dziecka prowadzi do bolesnego uświadomienia, że nie jest ono jednością z matką, co nasila lęki separacyjne, utratę poczucia onnipotencji i znaczne obniżenie samooceny. Natomiast osiągnięcie już pewnego poziomu indywiduacji powoduje, że próby utrzymania przez dziecko więzi symbiotycznej z matką nasilają jego lęki przed pochłonięciem i zniknięciem (efekt projekcji własnej zachłanności dziecka). Będąc pod wpływem tych dwóch, równie silnych i zarazem sprzecznych pragnień, zachowania dziecka charakteryzują się ambitendecją – prawie w tym samym czasie domaga się ono od matki pomocy, miłości i zaangażowania we wszystkie podejmowane działania, po czym agresywnie odpycha ją, obraża się lub odrzuca jej pomoc. W miarę, jak dziecko godzi się z utratą onnipotencji doświadczanej w więzi symbiotycznej i jego funkcje *ego*, rozwijają się, ambiwalencja i ambitendencja ulega osłabieniu. Trudności w relacji matki z dzieckiem nasilają się także ze względu na uaktywniające się w tym czasie konflikty analne i wczesnoedypalne. Podfaza stopniowe zmierzanie ku stałości obiektu, która trwa od 2 do 3 roku życia i charakteryzuje się większą samodzielnością i niezależnością od matki. Coraz bardziej stabilna reprezentacja obiektu, z wieloma jego opiekuńczymi, kojącymi i ochraniającymi funkcjami wzbudza u dziecka podobne poczucie bezpieczeństwa, jak rzeczywista matka. Nawet podczas rozłąki z matką czy konieczności znoszenia frustracji w jej obecności, dziecko jest zdolne do utrzymania pozytywnej reprezentacji *self* z obiektem.

Zahamowanie rozwoju struktury psychicznej zdaniem Mahler i in. (1975) występuje przede wszystkim na skutek niewłaściwej odpowiedzi matki na

wylaniające się pragnienia dziecka na poszczególnych etapach rozwoju. Porzucenie, zaniedbanie czy wykorzystanie dziecka prowadzi do fiksacji procesu przekształcania się reprezentacji *self*-obiekt i pojawiania się bardziej dojrzałych mechanizmów obronnych. Jeśli sytuacja taka wystąpi w okresie symbiozy i wczesnego różnicowania, to powstaje struktura osobowości, która sprzyja w okresie adolescencji i dorosłości pojawieniu się psychoz symbiotycznych, jeśli w okresie próby i powtórnego zbliżania, to zaburzeń osobowości, a na dalszych etapach – nerwic i zaburzeń lękowych. Przejawy inkorporacji można zaobserwować u pacjentów ze znaczącą utratą kontroli popędów i zaburzeniami psychotycznymi (Klein, 1955/2005), introjekcji i identyfikacji u osób z zaburzeniami osobowości i lękowymi, a osiągnięcie tożsamości *ego* jest charakterystyczne dla osób dojrzałej osobowości (Kernberg, 1996).

4.2.3. Tworzenie się zintegrowanej osobowości

Rozwój psychiczny zdaniem Kernberga i Caligor (2005, s. 117) polega na integrowaniu i hierarchicznym organizowaniu wewnętrznych (reprezentacji) relacji z obiektem w kierunku osiągania struktur psychicznych (osobowości) wyższego rzędu, które wyznaczają cechy osobowości i psychospołeczne funkcjonowanie jednostki. Struktura czy organizacja psychiczna, nazywana też często „tożsamością *ego*”, ulega kolejnym przekształceniom, których przebieg i osiągnięcia rozwojowe są wyznaczone zarówno cechami temperamentu dziecka, jak i jego doświadczeniami w relacjach z matką. Poziom rozwoju struktury osobowości wyznaczony jest między innymi typem dominujących mechanizmów obronnych, zdolnością do odróżniania rzeczywistości wewnętrznej od zewnętrznej (zdolności do testowania rzeczywistości), a także możliwościami jednostki do przeżywania siebie i innych w sposób ambiwalentny.

Kernberg (1998) zaproponował model rozwoju struktury psychicznej, którego pierwsze dwie fazy – normalnego autyzmu i symbiozy scharakteryzował bardzo podobnie, jak M. Mahler wraz ze współpracownikami (1975). Pod koniec pierwszego miesiąca życia, gdy niemowlę wychodzi z okresu autyzmu, pojawiają się u niego ślady pamięciowe zarówno pozytywnych, gratyfikujących doświadczeń, jak i negatywnych, frustrujących relacji z matką, które stanowią podstawę pierwotnych nieodróżnicowanych reprezentacji *self*-obiekt. Natomiast w okresie normalnej symbiozy dochodzi do ukształtowania się pierwotnie nieodróżnicowanej konstelacji diad *self* – obiekt – afekt wokół pozytywnych, gratyfikujących oraz negatywnych, frustrujących relacji z matką. Ponieważ dziecko nie jest w stanie zintegrować przeciwnych

wartości afektywnych, działające wówczas rozszczepienie skutecznie oddziela reprezentację libidinalną od agresywnej, chroniąc idealny obiekt i istniejącą z nim relację przed „zanieczyszczeniem” tym „złym”, a później zniszczeniem przez złe *self* i obiekty. W wyniku rozszczepienia negatywne przeżycia i doświadczenia w relacji z matką pozostają oddzielone od tych pozytywnych, negatywne są usuwane ze świadomości poprzez ich wyprojekowanie na inne obiekty, dzięki czemu matka pozostaje idealnym obiektem więzi.

Kluczową dla rozwoju podstaw dojrzałej osobowości jest faza różnicowanie reprezentacji *self* od obiektu, która trwa od 6–8 do 36 miesiąca. Proces różnicowania rozpoczyna się w obrębie libidinalnej reprezentacji *self* – obiekt – afekt, a kończy w negatywnej (agresywnej). Dzięki temu dochodzi do pewnego poziomu rozdzielania między dobrym *self* i dobrym obiektem oraz złym *self* i złym obiektem. Wraz z różnicowaniem się reprezentacji *self* od reprezentacji obiektu, ważne rozwojowo mechanizmy obronne, jak rozszczepienie, projekcja i identyfikacja projekcyjna odgrywają coraz mniejszą rolę, ustępując miejsca wyparciu i innym, bardziej dojrzałym obronom. Jeśli na skutek działania negatywnych czynników biologicznych lub środowiskowych dochodzi do nasilenia popędu agresji u niemowlęcia, to dla ochrony relacji z obiektem (matką) utrwała się mechanizm rozszczepienia (przyjmuje charakter patologiczny), a rozwój struktury psychicznej ulega zahamowaniu. W optymalnej sytuacji rozwija się reprezentacja *self* w relacji z obiektem, konfliktów psychicznych, mechanizmów obronnych i fantazji jednostki, co trwa do około 7 roku życia dziecka, a czas ten został nazwany fazą względnej integracji pozytywnej i negatywnego aspektu *self* i obiektu. Wraz z osiąganą integracją aspektów pozytywnych i negatywnych reprezentacji następuje zanikanie mechanizmu rozszczepienia, a struktura osobowości wyznaczona jest działaniem wyparcia, umożliwiającym rozwój jej elementów, takich jak *ego* i *superego*, które osiągają wyższą organizację i spełniają bardziej wszechstronne funkcje w regulacji emocji i funkcjonowaniu społecznym. Wyparcie właściwe, to proces obronny pojawiający się na impulsy popędowe, które wzbudzają lęk związany z antycypacją przekroczenia jakiejś normy (konflikt między *id* i *superego*). Konsolidacja dobrych i złych reprezentacji *self* w tzw. system *self* oraz konsolidacja dobrych i złych reprezentacji obiektu w całościowe reprezentacje obiektów przebiega prawie jednocześnie. Dziecko dostrzega, że dobra i zła matka, to jedna i ta sama osoba, co wiąże się z bolesnym poczuciem utraty idealnego obiektu, a także pojawieniem się poczucia winy, ze względu na różne pragnienia separacyjne i indywiduacyjne (agresywne) skierowane poza relację z obiektem. Jednocześnie zwiększa się jego poczucie stałości i ciągłości dzięki uświadomieniu sobie pozytywnych i negatywnych aspektów „ja”. Większe poczucie stałości

self i obiektu stwarza jednostce nowe możliwości eksploracji i różnicowania się. Ostatnia faza – integracji struktur psychicznych *ego* i *superego* trwa przez całe życie, chociaż najważniejsze procesy zachodzą w adolescencji i wczesnej dorosłości (por. Kernberg, 1998, s. 34–36). Uaktywniają się procesy zmierzające do powstania dojrzałej osobowości, która charakteryzuje się stabilnym i zintegrowanym poczuciem tożsamości i stałości obiektu, zdolnością do autorefleksji i symbolizacji, umiejętnościami regulacji agresji i lęku, a także bycia w intymnych, opartych na wzajemności, relacjach partnerskich.

4.3. Patologia organizacji osobowości i jej diagnoza

Koncepcje M. Klein (1946/2005; 1952/2005) różnicowania między dwoma podstawowymi grupami lęków, obron i relacji z obiektem, czyli między pozycją paranoidalno-schizoidalną i depresyjną uformowała myślenie psychoanalityków o poziomach organizacji osobowości, które ujawniają się innymi wzorcami funkcjonowania psychospołecznego. W zależności od poziomu doświadczanego stresu jednostka może funkcjonować w sposób mniej lub bardziej zintegrowany, przechodzi od tej bardziej prymitywnej do bardziej dojrzałej pozycji i odwrotnie. To właśnie za tymi fluktuacjami zdaniem Steinera (2012) próbujemy podążać w warunkach klinicznych i terapeutycznych, gdy u pacjenta obserwujemy okresy lepszego i gorszego funkcjonowania.

W teorii psychopatologii Kernberga znajdujemy wiele śladów koncepcji dwóch głównych pozycji Klein. Zahamowanie procesu dojrzewania i rozwoju struktury psychicznej pod wpływem biologicznych i środowiskowych czynników zdaniem Kernberga (1984, 2005) skutkuje patologią struktury/organizacji osobowości, ujawniającej się w postaci sztywnych cech osobowości i powtarzających się wzorców funkcjonowania psychospołecznego.

4.3.1. Organizacje osobowości *borderline* i neurotycznej

Doniosłym osiągnięciem Kernberga (1984) było to, że poza organizacją osobowości psychotycznej (OOP), będącej przedmiotem szczególnego zainteresowania M. Klein (1946/2005), wyodrębnił jeszcze dwa główne poziomy organizacji, tj. neurotyczną (OON) oraz *borderline* (OOB). Te trzy organizacje osobowości scharakteryzował na wymiarach: 1) poczucia tożsamości, 2) rodzaju mechanizmów obronnych, determinujących sposoby radzenia sobie ze stresem zewnętrznym i konfliktami wewnętrznymi, 3) zdolności do testowania rzeczywistości, 4) natury relacji z obiektem, znajdującej odzwier-

ciędlenie w relacjach interpersonalnych oraz 5) funkcjonowania moralnego, czyli zdolności do kierowania zachowaniem poprzez ideały i wartości. Dwa ostatnie wymiary, a dokładnie nasilenie przejawów upośledzenia integracji elementów struktury psychicznej, posłużyły wyodrębnieniu organizacji *borderline* wysokiego poziomu (mniejsza niestabilność i idealizacja w relacji z obiektem, względnie uwewnętrznione normy moralne), do której należą osobowość unikająca, zależna, narcystyczna i histrioniczna oraz organizacji *borderline* niskiego poziomu (brak lub niestabilne relacje z obiektem, znaczna patologia moralności), w której znalazły się osobowość paranoiczna, schizoidalna, schizotypowa, *borderline* i antyspołeczna (Kernberg, 2005). Ogólnie, oba poziomy OOB zdeterminowane są konfliktem intrapsychicznym i mechanizmami obronnymi, będącymi skutkiem fiksacji rozwoju w okresie różnicowania reprezentacji *self* od reprezentacji obiektu, natomiast OON fiksacją rozwoju w okresie względnej integracji pozytywnej i negatywnej reprezentacji *self* i obiektu oraz wyodrębnianiu się *ego* i *superego*. Do grupy NOO należą osobowość obsesyjno-kompulsyjna, depresyjna i histeryczna. Organizacja ta wyznaczona jest bardziej dojrzałymi mechanizmami obronnymi, jak wyparcie, stłumienie czy racjonalizacja, odznaczają się większą zdolnością do testowania rzeczywistości oraz wyraźnym poczuciem stałości i spójności *self* i obiektu (bez konieczności utrzymywania idealizacji).

OOB wysokiego poziomu w odróżnieniu od OOB niskiego poziomu charakteryzują się łagodniejszą postacią zaburzeń tożsamości. W obu postaciach, tylko z innym nasileniem, występuje zespół dyfuzji tożsamości, w którym wewnętrzne relacje *self* z obiektem są spolaryzowane. Jednostka doświadcza relacji albo wyłącznie z dobrym, albo ze złym obiektem, któremu towarzyszą skrajnie pozytywne lub negatywne stany afektywne. W konsekwencji relacje z najbliższymi są bardzo burzliwe, przechodzą od zachwyty i uwielbienia do nienawiści i dewaluacji. Zamiast ciągłości i stałości poczucia siebie i innych pojawiają się odczucia fragmentaryzacji, braku ciągłości i spójności. Obok tych przeżyć osoby o niskim poziomie organizacji *borderline* doświadczały częstszego poczucia pustki i braku zainteresowania (brak intencji i pragnień eksploracji) różnymi aspektami życia. Łatwo przyjmują wartości i ideały innych ludzi, z którym „w pełni” się identyfikują aż do chwili, gdy dochodzi do jej dewaluacji i porzucenia.

Mechanizmy obronne dominujące w OOB to rozszczepienie, projekcja i introjekcja, natomiast w NOO to głównie wyparcie, zaprzeczenie i racjonalizacja (Kernberg, 1976). U jednostek z NOO może się także uaktywniać rozszczepienie, ale ma ono mniej patologiczny wpływ na procesy psychiczne czy poczucie tożsamości jednostki. Charakterystyczne dla obu poziomów organizacji mechanizmy są sztywne i nieelastyczne, służą uniknięciu konfliktu psychicznego i cierpienia, choć z różnymi konsekwencjami dla poczu-

cia siebie i innych. W organizacji osobowości *borderline* mechanizmy rozszczepienia *self* i obiektu są odpowiedzialne za spolaryzowane przeżywanie siebie i innych, raz jako idealnych i wyjątkowych, innym razem jako bezwartościowych i niegodnych. Prowadzi to do rażących zniekształceń rzeczywistości, zwłaszcza interpersonalnej, co sprzyja z jednej strony poszukiwaniu opieki i schronienia u innych, z drugiej agresji i destrukcji.

Badanie rzeczywistości, zwłaszcza tej społecznej i relacyjnej na obu poziomach OOB pozostaje głęboko zaburzone. O ile osoby o OON potrafią dostrzec i nadać odpowiednie znaczenie sytuacjom i sygnałom społecznym, to osoby o OOB mają znaczące deficyty w trafnym odbiorze rzeczywistości zewnętrznej, a jej błędna interpretacja może prowadzić do paranoi lub przeżenienia związanego z antycypacją (fantazją) porzucenia. Słabo rozwinięte funkcje *ego* uniemożliwiają odróżnienie rzeczywistości zewnętrznej od wewnętrznej, doświadczanej w różnych, zwłaszcza trudnych sytuacjach społecznych. Osoby o OOB uznają swoje przekonania i przeżycia jako „coś”, co jest realne, co powstało w wyniku zachowania się bliskich osób. Ma bardzo ograniczone możliwości, zwłaszcza w stresie, rozumienia kontekstu i nadania różnych znaczeń zachowaniom innych ludzi. Zatem, jeśli czuje się przerażona, to znaczy, że ktoś zrobił lub robi coś, co ją zatrzaża; jeśli jest wściekła, to znaczy, że ktoś ją zaatakował, umyślnie czegoś pozbawiał lub upokorzył itp. Zaburzenia w testowaniu rzeczywistości pozostają w ścisłych związkach ze zdolnościami osób o OOB do tworzenia i podtrzymywania intymnych relacji opartych na wzajemności, w których jest miejsce na potrzeby i pragnienia obu osób (nie tylko tej z OOB).

Dla OOB charakterystyczne są zaburzenia w relacjach interpersonalnych, w których przeważają agresja i postawa roszczeniowa. Osoby o niższym poziomie organizacji pozostają w relacjach opartych na wykorzystaniu, w najlepszym razie na zasadzie skrupulatnie prowadzonej „księgi rachunkowej” (jeśli ja zrobię to dla ciebie, to w zamian oczekuję, że ty...), natomiast ci o wyższym poziomie organizacji przejawiają pewne zdolności do podtrzymywania relacji opartych na zależności, nawet tych, które nie przynoszą bezpośrednich korzyści. Badania nad mentalizacją (Bateman, Fonagy, 2004) i obserwacje kliniczne (Kernberg i Caligor, 2005) pokazują, że w znaczących relacjach interpersonalnych, w których dochodzi do frustracji, następuje aktywowanie wewnętrznych negatywnych reprezentacji *self* w relacji obiektem. Pod ich wpływem osoby o OOB stają się nadmiernie agresywne, roszczeniowe czy autodestrukcyjne, w obronie przed atakującym, porzucającym, oskarżającym i niszczącym obiektem wewnętrznym, który umiejscawiają w rzeczywistości interpersonalnej.

Charakterystyczną cechą osób o OON jest moralna sztywność i nadmierne wymagania wobec siebie, natomiast osób o OOB jest ogromna

zmiennosc i szeroki wachlarz patologii funkcjonowania moralnego – od silnego poczucia winy i przerażenia w odpowiedzi na antycypację totalnej krytyki za nieprzestrzeganie zasad, po brak zdolności do przeżywania winy za popełnione amoralne czyny. Pod względem strukturalnym osoby o OOB mają słabo zintegrowane konflikty motywacyjne (pochodne libido i agresji), co ujawnia się w postaci niekontrolowanej, nasilonej agresji skierowanej na innych lub na siebie, która wzmacniana jest mechanizmami rozszczepienia między pozytywnymi i negatywnymi aspektami *self* i obiektu. Gdy nasila się stres interpersonalny, to idealizacje zawodzą, wtedy inni ludzie przeżywani są jako prześladowcy, bo czegoś wymagają, albo agresywni, bo czegoś odmawiają. Własna agresja i intruzja jest często przypisywana (wyprojektowana) na najbliższych, którzy wtedy są przeżywani i traktowani jako agresywni i przekraczający granice. W lęku i panice lub złości i wściekłości bronią się, atakując, niszcząc i oskarżając innych, bez świadomości tego, że ich wewnętrzne impulsy i przeżycia stały się rzeczywistością zewnętrzną, tj. impulsami i emocjami innych ludzi, na które oni tylko odpowiadają.

4.3.2. Wywiad strukturalny w diagnozie patologii organizacji osobowości

Przez drugą połowę XX wieku psychoanaliza, szczególnie jej założenia o strukturze i dynamizmach osobowości, była najszerzej wykorzystywana, spośród innych koncepcji o naturze człowieka, w klinicznej diagnozie wyjaśniającej. Psychiatrzy i psychologowie kliniczni obok stawiania diagnozy różnicowej zgodnej z kryteriami systemów klasyfikacyjnych DSM i ICD, opracowywali studium przypadku (*case-study*), odnosząc się głównie do założeń koncepcji psychodynamicznych, które wyjaśniały jakie nieświadome konflikty, intrapsychiczne zakazy i obrony leżą u podłoża symptomów zaburzenia psychicznego indywidualnego pacjenta (Shapiro, 1989; Gabbard, 2009).

W pracach nad histerią S. Freud (1893/2001) wskazał na konieczność rozróżnienia między zaburzeniami neurologicznymi a nerwicą histeryczną. Zalecał, aby diagnoza była prowadzona w procesie rozwijającej się terapii, bo dopiero w takich warunkach można było z dużą trafnością stwierdzić, czy pacjent cierpi z powodu nerwicy opartej na przeniesieniu czy nerwicy nieopartej na przeniesieniu (schorzenie o podłożu neurologicznym). Myśl tę rozwijała A. Freud (1970, za: Shapiro, 1989, s. 159), która napisała, że „Istnieje niezgodność między terapeutycznym myśleniem analityka... skierowanym ku dynamicznym, ekonomicznym, genetycznym i strukturalnym aspektom funkcjonowania psychicznego, a jego myśleniem jako diagnosty-

ka, które przebiega na podstawie pojęć i kategorii opisowych". Odzwierciedla ona pewien sceptycyzm analityków do stosowania kategorii diagnostycznych, które nie oddają wystarczająco trafnie dynamiki życia psychicznego i interpersonalnego indywidualnego pacjenta.

Wraz z kolejnymi wydaniem systemów klasyfikacyjnych ICD przez WHO i DSM przez APA oraz ich coraz powszechniejszemu zastosowaniu w diagnozie klinicznej i badaniach naukowych zaistniała konieczność stworzenia przez psychoanalityków własnej taksonomii i narzędzi służących do stawiania diagnozy różnicowej. Wśród narzędzi pojawiły się metody samo-opisowe, zwłaszcza kwestionariusze badające symptomy różnych zaburzeń osobowości, jak również doskonalono coraz bardziej strukturalizowane wywiady kliniczne, koncentrujące się na rozpoznaniu specyficznych symptomów i dynamizmów wewnątrzpsychicznych, uaktywniających się w relacjach z innymi ludźmi i analitykiem u konkretnego pacjenta (Schneider i in., 2002).

W zakresie zaburzeń osobowości to Gunderson (1987) skonstruował szeroko wykorzystywany przez klinicystów wywiad do diagnozy zaburzeń osobowości *borderline*, natomiast Kernberg (1984) stworzył wywiad do diagnozy cech strukturalnych pacjentów o poziomie organizacji osobowości psychotycznej, *borderline* i neurotycznej. Wywiad ten wymaga przeprowadzenia około pięciu rozmów, które mają charakter ustrukturalizowany, a ich wyniki mogą być przedstawione w formie opisowej i wyrażone liczbowo. Wyniki wywiadu strukturalnego mogą posłużyć nie tylko do sformułowania trafniejszej diagnozy różnicowej, ale dostarczyć przesłanek do prognozowania efektów terapii. W wywiadzie, podobnie jak w charakterystyce strukturalnej poziomów organizacji osobowości, wykorzystuje się pięć głównych kryteriów oceny wypowiedzi i ujawniającego się podczas rozmów procesu.

W wyniku wywiadu, obejmującego fazę początkową, środkową i końcową, terapeuta powinien sformułować diagnozę na podstawie dwóch głównych źródeł: 1) materiału podawanego przez pacjenta w odpowiedzi na pytania na temat historii symptomów, jego funkcjonowania społecznego i psychicznego w różnych sytuacjach życiowych, 2) materiału będącego efektem obserwacji pojawiających się u pacjenta dynamizmów psychicznych w odpowiedzi na cykl interwencji w formie klaryfikacji i konfrontacji ze strony terapeuty. Interpretacja materiału pochodzącego z obu źródeł zwiększa prawdopodobieństwo trafnego rozpoznania poziomu organizacji osobowości u pacjenta (Kernberg, 2004).

Celem fazy początkowej jest stwierdzenie, czy u pacjenta występują symptomy i dynamizmy intrapsychiczne, które wskazują na OOP. Zachęca się do swobodnych wypowiedzi na takie tematy, jak: 1) trudności i problemy pacjenta, które były przyczyną zgłoszenia się na terapię, 2) przebieg

symptomów w czasie i kolejność pojawiania się problemów, które były źródłem cierpienia, 3) sposoby funkcjonowania pacjenta w różnych sytuacjach i rolach społecznych oraz 4) oczekiwania wobec leczenia. Aktywność prowadzącego rozmowy powinna tworzyć pewien cykl diagnostyczny, na który składają się: pytania skierowane bezpośrednio do pacjenta; ocena poziomu realizmu, spójności i świadomości wypowiedzi pacjenta; klasyfikowanie i konfrontowanie niejasności i sprzeczności w wypowiedziach pacjenta oraz interpretowanie jego reakcji na te interwencje z perspektywy uaktywniającej się regresji i manifestowanych reakcji przeniesieniowych. Zachęcanie osób do swobodnego mówienia o problemach i oczekiwaniach wobec leczenia może pokazywać zaburzenia świadomości, klinicznie znaczące trudności w testowaniu rzeczywistości, zaburzenia tożsamości, prymitywne mechanizmy obronne, które ujawniają regresywne relacje z obiektem. Na tym etapie diagnozowania, ocena i interpretacja trudności ma na celu rozstrzygnięcie, czy u pacjenta występują symptomy zaburzeń psychotycznych. Jeśli nie ma przesłanek o OOP, to wywiad wkracza w środkową fazę, w której głównym celem jest stwierdzenie poziomu patologii tożsamości pacjenta.

W środkowej fazie wywiadu diagnozujący skupia się na trudnościach pacjenta w relacjach interpersonalnych, przystosowaniu się do środowiska społecznego, w którym żyje, oraz spostrzeganych pragnieniach i potrzebach wpływających na funkcjonowanie z innymi ludźmi. Pytania na różne sposoby zachęcają pacjenta do swobodnych wypowiedzi na temat: 1) jego charakterystycznych cech i właściwości, 2) przekonań o sobie w relacjach z innymi ludźmi, 3) przebiegu relacji z ważnymi osobami i autorytetami (obiektami). Podobnie jak w fazie początkowej diagnozujący stosuje klaryfikację i konfrontację na ujawniane sprzeczności czy niejasności oraz ocenia sposób odnoszenia się pacjenta do tego typu interwencji. Pojawiają się wówczas reakcje obronne pacjenta (przeniesienie), terapeuta może obserwować swoje reakcje (przeciwprzeniesienie) na pacjenta, co staje się kolejnym źródłem jego wiedzy o wewnętrznych relacjach pacjenta z obiektem. Uzyskany materiał musi być wystarczający do rozstrzygnięcia podstawowych kwestii umożliwiających ocenę poziomu patologii struktury osobowości i konstytuujących ją elementów. Jeśli obserwujemy widoczne objawy rozproszenia tożsamości, prymitywne mechanizmy obronne, niestabilne i konfliktowe relacje interpersonalne oraz przejawy bezwzględного, karzącego *superego*, to istnieją podstawy do postawienia hipotezy, że pacjent charakteryzuje się organizacją osobowości *borderline*. Gdy widoczne są przejawy bardziej dojrzałych mechanizmów obronnych, większej stałości i ciągłości w relacjach interpersonalnych oraz przestrzeganie reguł moralnych i zasad życia społecznego (kosztem spontaniczności), to uzasadniona jest diagnoza neurotycznej organizacji osobowości. Terapeuta powinien badać też granice świa-

domości i przedświadości pacjenta. Granica ta jest wyznaczona mechanizmami obronnymi, za którymi znajdują się wewnętrzne, nieświadome konflikty pacjenta, wskazujące na fazę rozwoju, w której wystąpiła fiksacja i zahamowanie przekształceń reprezentacji *self* – obiekt – afekt, mechanizmów obronnych oraz integracji tożsamości.

Faza końcowa wywiadu strukturalnego zaczyna się wówczas, gdy diagnozujący dysponuje już wystarczającymi przesłankami do diagnozy poziomu organizacji osobowości u pacjenta. Kernberg (tamże) zaleca, aby zapytać pacjenta o to, o co powinien go zapytać, a tego nie uczynił. Jest bardzo ważny etap, w którym pacjent powinien mieć wystarczająco przestrzeni i czasu, aby uzyskać odpowiedzi na istotne dla niego pytania, a zespół leczący i terapeuta na rozstrzygnięcie, jaka forma terapii będzie dla pacjenta najskuteczniejsza.

5

Integracyjne modele w diagnozie zaburzeń osobowości

Emilia Soroko

5.1. Ogólna charakterystyka podejść integracyjnych w psychologii klinicznej

Pojęcie „integracyjny” w psychologii klinicznej odwołuje się do próby połączenia odmiennych perspektyw w jedną spójną propozycję zgodnie z różnymi kryteriami. Analiza pozwala wyróżnić trzy główne kategorie modeli integracyjnych: 1) integracyjne modele paradygmatyczne – gdzie łączy się odmienne paradygmaty, cechujące się różnymi założeniami między innymi co do natury ludzkiej i sposobów jej badania; 2) modele ponadparadygmatyczne, akcentujące to, co wspólne w paradygmatach, polegające na wyodrębnianiu wspólnych czynników leczących o transteoretycznym charakterze, głównie w przebiegu procesu psychoterapii (np. model Prochaski i DiClemente, w: Czabała, 2010); 3) grupa modeli pozaparadygmatycznych, w których łączy się różne obszary rozumienia i badania natury ludzkiej tak, aby stworzyć model jak najlepiej opisujący i wyjaśniający badane zjawiska, bez odwoływania się do specyficznych założeń poszczególnych paradygmatów w psychologii. W rozdziale niniejszym omówione będą modele paradygmatyczne i pozaparadygmatyczne.

Przykładem modeli paradygmatycznych w psychologii klinicznej są integracyjne modele psychoterapii (por. np. Alford, Beck, 2005; Stricker, Gold, 2010; Mellibruda, 2011; Grzesiuk, Suszek, 2010). W ich ramach wyróżniono typy integracji, na przykład podejścia koncentrujące się na łączeniu technik (eklektyzm techniczny, jak w terapii multimodalnej Lazarusa) czy też podejścia integracji asymilacyjnej (gdzie najczęściej połączeniu ulegają dwa nurty, a jeden z nich asymiluje założenia i sposoby interwencji innego). Podstawowym dylematem pozostaje ciągle pytanie o to, na ile połączyć można ze sobą sposoby interwencji, które wyrastają z odmiennych założeń o naturze ludzkiej i jakie środki ostrożności należy podjąć, aby zminimalizować trud-

ności. Za najwartościowszą refleksję, powstałą w obszarze psychoterapii, która po części odpowiada na to pytanie, uznać należy tzw. integrację teoretyczną wymagającą zintegrowanych modeli zaburzeń, wynikających z określonych koncepcji natury ludzkiej (Pincus, 2005; por. Galińska, 2010) oraz wymagającą uwzględnienia danych empirycznych na temat skuteczności określonego podejścia (Alford, Beck, 2005). Niestety o spójne modele teoretyczne, w których nie doszłoby do znacznego spłylenia poziomu wyjaśniającego w toku integrowania, jest bardzo trudno.

Zajmując się z kolei modelami pozaparadygmatycznymi, warto wspomnieć o dwóch nurtach: diagnozie integracyjnej oraz integracyjnym nurcie w etiologii zaburzeń psychicznych i zdrowia. Podstawowe założenie diagnozy integracyjnej mówi, że łączenie różnorodnych danych diagnostycznych powinno przebiegać tak, aby doprowadzić do pełnego zrozumienia funkcjonowania pacjenta w różnych obszarach oraz trafnych predykcji (Beutler, Groth-Marnat, 2005; Berant, Zim, 2009; Carter i in., 2006). Pojęcie integracji w tym ujęciu stosowane jest na określenie 1) umiejętności tworzenia całościowego rozumienia pacjenta, a nie jedynie referowania jego funkcjonowania w różnych obszarach, 2) integrowanie danych i pisanie raportów diagnostycznych z wrażliwością na wymagania różnych kontekstów odniesienia i potrzeb pacjenta, 3) integrowanie fazy diagnostycznej z fazą interwencji (Beutler, Groth-Marnat, 2005). Za najważniejszy wkład tego sposobu myślenia do diagnozy klinicznej należałoby uznać sugestię prowadzenia systematycznych i celowych badań diagnostycznych, które w sposób całościowy (dotyczący wszystkich ważnych obszarów funkcjonowania), a jednocześnie nienadmiernie obciążający pacjenta, pozwalałyby określić genezę zaburzenia, patomechanizm oraz prognozę, a także procesy analogiczne w modelu salutogenetycznym (por. też Paluchowski, 2001; Cierpiałkowska, Sęk, 2005). Obecna tutaj idea triangulacji metod oraz idea badania różnych obszarów funkcjonowania osoby (np. sfery poznawczej, emocjonalnej, interpersonalnej) za pomocą przeznaczonych do tego narzędzi, nawiązuje do tradycyjnych ujęć, jak chociażby do hipotezy poziomów Stone'a i Dellisa (1977) i daje obietnicę, że zbudowanie całościowego rozumienia osobowości pacjenta jest pożyteczne dla klinicystów.

Drugim nurtem w ramach podejścia pozaparadygmatycznego, obecnym w psychologii klinicznej, psychopatologii i psychiatrii jest integracyjny nurt etiologii zaburzeń psychicznych i zdrowia. Jego podstawową ideą jest łączenie różnych aspektów funkcjonowania człowieka – głównie czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Czasem czynnik społeczny rozważa się w dwóch szczegółowych aspektach, wskazując wartość wyodrębnienia aspektu społeczno-kulturowego oraz społeczno-relacyjnego (por. np. Sue i in., 2010) lub nawet jeszcze uszczegóławiając społeczno-relacyjny,

przez odróżnienie funkcjonowanie w diadzie, w triadzie i rodzinie (por. Magnavita, 2004), a czasem trudno określić wyraźnie odrębność relacyjnego społecznego od psychologicznego, więc proponuje się określenie „czynniki psychospołeczny” (por. np. Carson i in., 2003). Niezależnie od nazywania czy też poziomu określenia szczegółowości tych czynników, omawiany tutaj nurt jest oparty na diagnozie epigenetycznej, czyli zajmującej się określaniem przyczyn zaburzeń i zdrowia, w której obszarze badania mają obecnie charakter wysoce interdyscyplinarny i integracyjny (Cierpiałkowska, 2007). Nurt ten wywodzi się z psychologii różnic indywidualnych.

5.2. Podejście pozaparadygmatyczne – ogólny bio-psycho-społeczny model genezy zaburzeń psychicznych

Bio-psycho-społeczny model genezy zaburzeń psychicznych określa się czasem mianem modelu wielościęzkowego lub wielowymiarowego, dla podkreślenia, że nie szuka się w nim jednej grupy czynników odpowiedzialnych za zaburzenie, ale traktuje się każde zaburzenie jako uwarunkowane multikauzalnie i że akceptacja znaczenia danego czynnika, na przykład biologicznego, nie oznacza negacji roli innych czynników (Millon, 2011). Model ten jest opracowywany i wzbogacany przez różnych teoretyków zarówno w psychologii klinicznej, psychopatologii, jak i psychiatrii. Zanim przejdziemy do relacji między jego komponentami, omówmy w skrócie poszczególne czynniki (za: Sue i in., 2010).

Czynniki biologiczne obejmują głównie prawa genetyki, anatomie mózgu, nierównowagę chemiczną, funkcjonowania centralnego układu nerwowego czy też reaktywność autonomicznego układu nerwowego. W grupie tej zatem są z jednej strony predyspozycje biologiczne związane z różnicami indywidualnymi między ludźmi (genetyka, układ nerwowy), a z drugiej sposób funkcjonowania neuropsychologicznego osoby (por. też Noblett, Coccaro, 2005). Wśród czynników psychologicznych wymienia się między innymi osobowość, specyfikę procesów poznawczych, uczenie się, sferę emocji, radzenie sobie ze stresem, poczucie własnej wartości, poczucie własnej skuteczności, poczucie koherencji, historię osobistych doświadczeń i wiele innych psychologicznych procesów i właściwości. W myśleniu psychologicznym, a szczególne w obszarze stosowanej psychologii klinicznej, pojęcia te nie pozostają jako niepowiązana z sobą lista, ale łączone są w ramach różnych szczegółowych koncepcji, oferujących teoretyczne podstawy wzajemnego odnoszenia się do siebie tych pojęć, pojęć bliskoznacznych lub

pojęć wskazujących na podobne zjawiska, ale wyrażonych na innym poziomie odniesienia (np. terminy fenomenologiczne, opisowe *vs.* terminy mentalistyczne, wewnętrzne). Chodzi tutaj o różnorodne koncepcje teoretyczne w ramach poszczególnych paradygmatów w psychologii (por. też Pincus, 2005). Czynniki społeczno-relacyjny dotyczy głównie rodziny, relacji z bliskimi osobami, relacji z rówieśnikami, wsparcia, przynależenia do grup, miłości, małżeństwa czy statusu w swojej społeczności i jest czynnikiem trudno odróżnialnym od psychologicznego. Natomiast czynnik społeczno-kulturowy to przede wszystkim uwarunkowania związane z rasą, płcią, gender, orientacją seksualną, religią, kwestiami etnicznymi oraz szeroko pojmowaną kulturą, cywilizacją, polityką, a nawet ekonomią.

W modelu bio-psycho-społecznym próbuje się określić znaczenie poszczególnych czynników w kontekście zdrowia i patologii. W tym celu wyróżnia się warunki konieczne do wystąpienia zaburzenia lub zdrowia (przyczyny niezbędne) oraz warunki wystarczające (prowadzące do wystąpienia zaburzenia), a także – najczęściej badane – warunki znaczące, czyli zwiększające prawdopodobieństwo rozwoju zaburzenia lub zdrowienia. Ramy czasowe występowania poszczególnych czynników również odgrywają znaczącą rolę – część z nich jest dystalna (czynniki dalsze, odległe w czasie, trudniejsze do zlokalizowania), a część proksymalna (obecne krótko przed wystąpieniem objawów zaburzenia) (Carson i in., 2003).

W modelu tym przyjmuje się kilka istotnych założeń na temat znaczenia wymienionych tu czynników dla powstania zaburzeń psychicznych (Sue i in., 2010): 1) żadna pojedyncza perspektywa nie jest wystarczająca do wyjaśnienia złożoności ludzkiej natury ani kształtowania się zaburzeń, 2) istnieją różne drogi i przyczyny powstawania poszczególnych zaburzeń i jest statystyczną rzadkością znalezienie zaburzenia uwarunkowanego jedną przyczyną, 3) nie każdy z czynników przyczynia się w równy sposób do powstania zaburzenia, 4) model ten opiera się na badaniach naukowych (dowodach empirycznych), które wskazują na udowodnione znaczenie danego czynnika w genezie zaburzenia, 5) model ten jest nie tylko integracyjny, ale też interakcyjny. Ostatnie założenie wymaga dalszej eksploracji. Jak podkreśla Cierpiąłkowska (2007), udział każdego z czynników może być rozważany na trzy sposoby – jako czynnika predysponującego (tworzącego podatność), jako czynnika pośredniczącego lub modyfikującego oraz jako czynnika wchodzącego w znaczące interakcje z innymi czynnikami z tej samej lub innych kategorii. Bardzo często podkreśla się fakt, że poszczególne czynniki układają się w złożoną i obustronną interakcję, która sprawia, że: a) ludzie narażeni na działanie tych samych czynników mogą nie rozwijać tych samych zaburzeń oraz b) różne osoby wystawione na różne czynniki mogą rozwijać podobne zaburzenia psychiczne (Sue i in., 2010). Na róż-

nych etapach życia te same czynniki mogą pełnić inną funkcję i na różnych sposób wchodzić w interakcję z pozostałymi czynnikami. Proste sekwencje przyczynowo-skutkowe pojawiają się bardzo rzadko – mamy do czynienia raczej z różnymi oddziaływającymi na siebie czynnikami, ale też często nie można ustalić, co jest przyczyną, a co skutkiem. Ważniejsza jest przyczynowość kołowa, sprzężenia zwrotne, wzorce interakcji czy samonapędzające się błędne koła (por. też Millon i in., 2005; Magnavita, 2005). Relacje między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi (komponentami modelu) powinny wyznaczać zarówno postępowanie diagnostyczne, analizę przypadku, jak i projektowanie badań empirycznych w obszarze psychologii klinicznej (por. np. Jang i in., 2005).

5.3. Podejście pozaparadygmatyczne – zintegrowana teoria etiologii zaburzeń osobowości według Joela Parisa

Zaburzenia osobowości są uznawane za takie zaburzenia, do których rozumienia perspektywa bio-psycho-społeczna jest niezbędna (Heim, Westen, 2005; Paris, 2004). Podstawowe idee modelu bio-psycho-społecznego zostały zaadaptowane i połączone z modelem „podatność – stres” (*diathesis-stress*) w propozycji zintegrowanej teorii etiologii zaburzeń osobowości Parisa (2005a, 2005b, 2010). Do wyjaśnienia genezy zaburzeń osobowości konieczne jest zdaniem Parisa (2005a) uwzględnienie interakcji czynników biologicznych, które stanowią o podatności jednostki, oraz czynników środowiskowych i odwołuje się on w tym celu do ogólnej teorii psychopatologii, określanej mianem modelu „podatność – stres”. Zakłada się, że każda forma psychopatologii tworzy się na bazie podatności genetycznej (biologicznej), która nie jest przyczyną bezpośrednią, ale kształtuje pewne zróżnicowanie jednostkowe, wpływające na powstawanie określonych zaburzeń osobowości w pewnych warunkach.

Paris (2005a, 1998) na początku porządkuje pojęcia temperamentu, cechy osobowości oraz zaburzenia osobowości. Temperament to głównie czynniki genetyczne odpowiedzialne za zróżnicowanie cech, cecha osobowości to kombinacja czynników temperamentalnych i środowiskowych, które są w miarę niezależne od kontekstu i stałe w czasie, a zaburzenie osobowości to dysfunkcje wynikające z nadmiernego nasilenia cech oraz przejawiania ich w zachowaniu w sposób sztywny i nieadaptacyjny. Cecha osobowości może być rozumiana jako efekt interakcji temperamentu z czynnikami społecznymi, co jest również zgodne z refleksją Kagana (2005) na

temat zmiany rozumienia związków temperamentu i osobowości – twierdzi on bowiem, że obecnie bardziej podkreśla się wpływ kultury na wyrazistość cech oraz uznaje się w pełni interakcję między podłożem temperamentalnym a doświadczeniem społecznym. Każdy zestaw cech osobowości jest jednocześnie czynnikiem ryzyka dla pewnej grupy zaburzeń osobowości – cechy przekształcają się w zaburzenia w procesie amplifikacji (wzmacniania cech już istniejących) przy udziale czynników psychospołecznych. Ukształtowane w toku tej interakcji cechy osoby stają się nieadaptacyjne w pewnych tylko okolicznościach, czyli podatność staje się znacząca w określonych warunkach stresowych. Interakcja między podatnością a stresem jest dwukierunkowa – genetyczne zróżnicowanie (temperament) wpływa na to, jak osoby odpowiadają na środowisko (stres), a czynniki środowiskowe wpływają na ekspresję genów. Zatem trudne wydarzenia życiowe same nie tworzą patologii, ale mogą ją aktywować, jeśli odnoszą się do określonej podatności. Podsumowując, biologiczne czynniki temperamentalne podnoszą ryzyko patologii i kształtują jej formę, a czynniki psychospołeczne determinują próg, na którym cechy zaczynają wchodzić w proces amplifikacji (Paris, 1998).

Osobowość ma zatem komponent genetyczny i cechy mogą być związane z markerami biologicznymi, ale poszukiwanie bezpośrednich związków między cechami a genami może być rozczarowujące, ponieważ osobowość utworzona jest w kontekście sieci bardziej złożonych interakcji (Paris, 2005a, por. też Millon, 2011). Cloninger (2005) wskazuje na wyniki badań mówiące, że można zaobserwować te same wymiary osobowości w populacji klinicznej co w normalnej oraz że notuje się znaczące korelacje między miarami normalnej i zaburzonej osobowości. Pacjenci, co prawda, mają ekstremalne wartości na wymiarach osobowości, ale struktura wymiarów jest podobna w obydwu grupach, co jest argumentem za tym, że zaburzenia osobowości nie są odrębnymi i niezależnymi jednostkami. Ryzyko zaburzeń osobowości może być wyjaśnione jako kliniczne manifestacje powszechnych cech osobowości, powstałych w kontekście różnorodnych interakcji między tym, co biologiczne, a tym, co środowiskowe. Warto zauważyć też, że udział czynników społecznych (środowiskowych) w formowaniu się zaburzeń osobowości można ułożyć w dwóch miejscach – w procesie kształtowania się cech osobowości w toku doświadczeń (w transakcjach między temperamentalną skłonnością a odpowiedziami środowiska) oraz w warunkach stresowych, które daną podatność mogą uaktywnić lub daną cechę uczynić nieadaptacyjną. Interakcje „geny – środowisko” należy zatem rozpatrywać jako ciągle i nieustannie obecne.

Można przywołać w tym kontekście następujące błędne koło na bazie pętli pozytywnych sprzężeń zwrotnych, w którym obserwujemy interakcję między genami a środowiskiem (Paris, 2005b; 1998; Millon, 2011). Dzieci

mające tzw. trudny temperament, ponieważ są wrażliwsze na środowiskowe czynniki ryzyka, będą z większym prawdopodobieństwem doświadczać różnych przeciwności sytuacyjnych. Będą one wywoływały reakcje opiekunów, uwydatniające te problematyczne cechy (na przykład na zasadzie wzmocnień pozytywnych), a doświadczane przeciwności z kolei uwydatniać będą pewne trudne cechy (odwołując się do wyposażenia genetycznego), zwiększając ryzyko kolejnych przeciwności. Zatem ciągle i cyrkularne interakcje między biologiczną dyspozycją a wzbudzanymi przez nią reakcjami otoczenia akcentują tę dyspozycję i tworzą bazę dla możliwych zaburzeń osobowości, a rola dziecka jest w tym układzie aktywna, ponieważ w opisanym tu sposób kreuje ono reakcję środowiska (Millon, 2011). Podatność czy predyspozycję można rozumieć jako biologiczną, genetyczną bądź jako wyrażającą się w cechach osobowości, która to podatność determinuje, jaki typ zaburzenia osobowości się może rozwinąć. Znaczenie czynników genetycznych w kształtowaniu się zaburzeń osobowości komplikuje fakt, że różne geny są w różnym stopniu czułe na wpływy środowiskowe oraz że geny uaktywniają się w określonych etapach rozwoju i ich interakcja z czynnikami środowiskowymi może być minimalna przed i po okresie sensorywnym (Millon, 2011).

Obok interakcji genów i środowiska podkreśla się, że zintegrowana teoria etiologii zaburzeń osobowości pozwala przybliżyć problematykę przebiegu tych zaburzeń w czasie (Paris, 2005a). Wczesny początek zaburzenia prawdopodobnie jest wynikiem trudnego temperamentu – jeśli możemy zaobserwować zaburzone wzorce zachowania na przykład w niemowlęctwie, to jest prawdopodobne, że udział czynnika biologicznego jest większy niż psychologicznego (Millon, 2011). Pewne trudności behawioralne obecne już nawet w wieku 3 lat pozwalają przewidzieć późniejsze antyspołeczne zaburzenie osobowości, ale jest to powiązane z patologią rodzinną w okresie dzieciństwa. Podobnie dzieci z nadmierną nieśmiałością i reaktywnością z większym prawdopodobieństwem rozwijają zaburzenia osobowości z grupy lękowych, ale cechy te wzmocniane są przez doświadczenia emocjonalne w rodzinie. W koncepcji tej zawarte są również implikacje dla leczenia tłumaczące, dlaczego leczenie zaburzeń osobowości tylko farmakologiczne lub tylko psychologiczne może okazać się niewystarczające.

5.3.1. Wybrane czynniki biologiczne w genezie zaburzeń osobowości

W ramach badań nad czynnikiem biologicznym szuka się bądź uwa-runkowań genetycznych zaburzeń, bądź dowodów wskazujących na neurobiologiczne wymiary osobowości i dysregulację neurotransmiterów w zabu-

rzeniach osobowości (Noblett, Coccaro, 2005) oraz problematykę temperamentu, krótko omówioną w poprzednim podrozdziale (Millon, 2011). Paris (2005a, 2005b) wskazuje, że jeśli zaburzenia osobowości są nadmiernie rozwiniętymi cechami, to powinno wystąpić dziedziczenie zaburzeń osobowości. Cytuje on badania, z których wynika, że krewni pacjentów z zaburzeniami z wiązki A przejawiają patologię ze spektrum schizofrenicznego. Na przykład krewni pacjentów z chroniczną schizofrenią mogą rozwinąć częściej niż osoby z ogólnej populacji paranoiczne zaburzenie osobowości, a prawdopodobieństwo paranoicznego zaburzenia osobowości może być wyższe u krewnych pacjentów, którzy cierpią na zaburzenie urojeniowe o typie paranoicznym (Thackery, Harris, 2003; Silverstein, 2007). Natomiast krewni pacjentów z wiązki B przejawiają inne zaburzenia z syndromem impulsywności lub zaburzenia afektywne. Szczegółniej uwadze poddaje się cechę impulsywności związaną z trudnościami w hamowaniu reakcji. Pacjenci z zaburzeniem osobowości *borderline* przejawiają deficyty kontroli impulsów w testach neuropsychologicznych i deficyty te są również wyraziste u niektórych krewnych, ale niekoniecznie oznaczają podobną diagnozę (Ruocco i in., 2012). Z kolei krewni pacjentów z zaburzeniami osobowości z wiązki C często mają zaburzenia lękowe.

Przeglądy badań z zakresu genetyki behawioralnej, neuro-psycho-farmakologii, genetyki molekularnej, neuropsychologii i neuroobrazowania (Coccaro, Siever, 2005; Noblett, Coccaro, 2005; Paris, 2005a) dotyczące funkcjonowania neurobiologicznego osób z zaburzeniami z wiązki A, B i C, przynoszą następujące informacje. Jeśli chodzi o wiązkę A, to notuje się, że pacjenci ze schizotypowym zaburzeniem osobowości mają podobny profil uszkodzeń poznawczych i strukturalnych nieprawidłowości w mózgu, szczególnie w korze czołowej, jaki występuje u pacjentów ze schizofrenią, ale przed wystąpieniem psychozy chroni ich lepsze funkcjonowanie w obszarze przedczołowym i słabsza aktywność dopaminergiczna. Uszkodzenia występujące w tym zaburzeniu są bardziej subtelne, więc odzwierciedlają się raczej w trudnościach interpersonalnych i mechanizmach radzenia sobie. Niewiele wiadomo o pozostałych zaburzeniach osobowości z tej grupy. W zaburzeniach osobowości z wiązki B zauważa się dysfunkcje w układach monoaminergicznych (serotonina, norepinefryna, wazopresyna, związane z impulsywnością i agresywnością oraz acetylocholina związana prawdopodobnie z reaktywnością emocjonalną) oraz w strukturach mózgu związanych z hamowaniem behawioralnym i przetwarzaniem informacji emocjonalnych, na przykład w ciele migdałowatym czy korze oczodołowej czołowej. Taki profil jest szczególnie nasilony u pacjentów z zaburzeniem osobowości *borderline*, choć nie powinien być traktowany jako specyficzny dla tego zaburzenia. Z kolei dane neuropsychologiczne na temat zaburzeń z wiązki C są najmniej dostępne, ale sugerują pewne osłabienie aktywności

układu dopaminergicznego (niechęć do poszukiwania nowych bodźców) i wzrost serotonergicznego (unikanie szkody). Jednocześnie warto zauważyć, że chociaż pewne cechy osobowości wyrastają z określonego chemizmu mózgu lub uszkodzeń pewnych obszarów, to istnieją znaczące różnice indywidualne w organizacji mózgu, które utrudniają korelowanie psychopatologii ze zmianami chemicznymi i strukturalnymi (Stefanacci, Amaral, 2002, w: Millon, 2011).

5.3.2. Wybrane czynniki psychologiczne i społeczno-relacyjne w genezie zaburzeń osobowości

Czynniki psychologiczne są bardzo szeroką grupą, omawianą najczęściej z paradygmatycznej perspektywy i te wątki znajdują się w kolejnych rozdziałach. Tutaj ograniczymy się do jednego z czynników w tej grupie, a mianowicie doświadczeń, jakie dziecko miało w relacjach z rodzicami (czynnik psychologiczny, ale też społeczno-relacyjny). Podkreśla się, że ważnymi psychologicznymi czynnikami ryzyka zaburzeń osobowości są różnorodne przeciwności losu z okresu dzieciństwa, szczególnie kumulujące się stresory interpersonalne, a nie jedynie pojedyncza ekspozycja na zdarzenia traumatyczne (Paris, 2005a, 2005b; Jang i in., 2005). Czynniki związane z traumą mogą być modulowane innymi ochronnymi czynnikami, takimi jak na przykład sprężystość psychiczna czy obecność bezpiecznego przywiązania (Cohen, Crawford, 2005).

Johnson i współpracownicy (2005) dokonali złożonej analizy badań nad związkami między maltretowaniem dzieci i zaburzeniami osobowości i wykazali, że badania te sugerują specyficzne typy i kombinacje nadużyć (emocjonalnych, fizycznych, seksualnych) oraz zaniedbań (emocjonalnych, fizycznych, brak opieki), które mogą być związane ze specyficznymi cechami osobowości (por. tabela 5.1).

Tabela 5.1. Rodzaje nadużyć i zaniedbań w dzieciństwie a typy zaburzeń osobowości

Typ nadużycia lub/i zaniedbania w dzieciństwie	Zaburzenie osobowości, którego ryzyko jest podwyższone
nadużycie emocjonalne	paranoiczne, schizoidalne, schizotypowe, narcystyczne, <i>borderline</i> , obsesyjno-kompulsyjne
nadużycie seksualne	<i>borderline</i> , histrioniczne
nadużycie fizyczne	schizotypowe, antyspołeczne, <i>borderline</i>
maltretowanie	schizoidalne, <i>borderline</i>
zaniedbanie emocjonalne	paranoiczne, narcystyczne, <i>borderline</i> , zależna, unikające
zaniedbanie fizyczne	schizotypowe, narcystyczne, <i>borderline</i> , zależna
brak opieki	paranoiczne, <i>borderline</i>

Opracowano na podstawie: Johnson i in., 2005.

Badania nad interakcjami czynników biologicznych z psychospołecznymi w etiologii zaburzenia osobowości *borderline* pokazują (Jang i in., 2005), że postrzegany poziom więzi rodzicielskiej, doświadczenia traumatyczne oraz funkcjonowanie społeczne rodziny modyfikują genetyczną i środowiskową zmienność leżącą u podłoża emocjonalnej niestabilności, czyli cechy kluczowej dla zaburzenia osobowości *borderline*. Sądzi się jednak (Jang i in., 2005), że wpływ więzi rodzicielskiej, ważnej w tych badaniach zmiennej psychospołecznej, nie polega jednak na obniżeniu działania genów związanych z niestabilnością emocjonalną, ale raczej na ograniczeniu lub zahamowaniu unikalnych dla biografii dziecka wpływów środowiskowych.

5.3.3. Wybrane czynniki społeczno-kulturowe w genezie zaburzeń osobowości

Uwarunkowania społeczno-kulturowe zaburzeń osobowości można opisać w dwóch głównych wątkach. Jeden dotyczy badania międzykulturowych różnic w obrazie zaburzeń osobowości, a drugi wpływu różnorodnych czynników społeczno-kulturowych, cywilizacyjnych, politycznych czy historycznych na kształtowanie się specyficznych typów zaburzeń.

W ramach pierwszego wątku badane są na przykład kwestie komponentu afektywnego w klinicznym obrazie zaburzeń osobowości w zależności od kultury. Takie właściwości afektywne, jak: głębokość ekspresji emocji, częstotliwość tych ekspresji, czynniki wyzwalające reakcję emocjonalną, odzwierciedlają wartości osobowe i w ślad za tym społeczno-kulturowe wpływy. Widać więc, że zaburzenia osobowości będą wrażliwe kulturowo, ponieważ ich symptomy mogą być kształtowane i zmieniane przez kulturę (Paris, 2005b). Jeśli wiemy, że nawet cechy mają międzykulturową zmienność, to i zaburzenia osobowości mogą prezentować różne symptomy w zależności od środowiska społecznego.

W ramach drugiego wątku Alacron (2005) proponuje zwrócić uwagę na następujące najważniejsze czynniki: strategie wychowawcze, religia, demografia, czynniki ekonomiczne i polityczne czy akulturacja. Praktyki związane z wychowaniem dzieci, mieszczące się w omówionym czynniku społeczno-relacyjnym i psychologicznym są silnie osadzone w kulturze. Zatem doświadczenia rodzinne są odmienne w różnych kulturach na przykład tam, gdzie życie rodzinne jest wysoko cenione, a wewnątrzrodzinna hierarcha dobrze ustanowiona, ryzyko zaburzeń osobowości z wiązki C jest wyższe (Alacron, 2005). Przy wyjaśnianiu narcystycznego zaburzenia osobowości, w którym identyfikujemy temperamentalną podatność oraz przeciwności

psychologiczne jako czynniki ryzyka (nasilające nieadaptacyjne cechy narcystyczne), ważną rolę odgrywają też czynniki psychospołeczne, tłumaczące rozpowszechnienie tego zaburzenia (efekt kohorty) w epoce postmodernizmu i indywidualizmu (Paris, 2012; Derber, 2002). Warunki społeczno-kulturowe mogą bowiem wzbudzać przyzwolenie czy zachętę rodziców i wychowawców do tworzenia wielkościowego obrazu siebie u dzieci lub nadmiernie surowa kontrola, sprzyjająca kształtowaniu się wrażliwości związanej z własnym Ja. Paris (2005b), powołując się na Millona, wskazuje, że wzrost występowania zaburzenia osobowości *borderline* może wynikać z rozpadu we współczesnym społeczeństwie tradycyjnych struktur towarzyszących wychowywaniu czy monitorowaniu adolescentów i młodych dorosłych. Współczesne społeczności, także rodziny, są mniej spójne, role społeczne są płynniejsze i mają mniejszą ciągłość między pokoleniami, co wpływa na problemy z tożsamością, tak często obecne w zaburzeniach osobowości, zmuszając osobę do wykształcenia własnych poglądów czy wejścia w zdefiniowane przez siebie role społeczne, co może być niemożliwe lub trudne. Taki kontekst – jeśli oczywiście przyjmimy, że nie jest on pochodną zaburzenia – z pewnością przyczynia się do utrzymywania się i nasilenia nieadaptacyjnych cech. Warto jednak zaznaczyć, co wielokrotnie podkreślają Millon i Grossman (2005), że nawet katastrofalne warunki społeczne rzadko powodują patologii osobowości, ale raczej tworzą kontekst, w którym zachodzą bardziej bezpośrednie doświadczenia, formujące zaburzenie (np. trauma).

Doświadczenia religijne wpływają na kształtowanie się nasilenia pewnych cech, na przykład u muzułmanów są większe wskaźniki występowania symptomatologii obsesyjno-kompulsyjnej, a u chrześcijan notowano częściej wątki paranoiczne, lękowe i emocjonalną labilność oraz depresję. Niepункtualne lub odbiegające od oczekiwanych doświadczenia życiowe, na przykład holokaust, mogą powodować nasilenie cech osobowości (paranoicznych, lękowych i unikowych, a także pewnych osobowościowych mechanizmów, na przykład obronnego narcyzmu) i zaostrome cechy mogą utrzymywać się nawet przez kilka pokoleń. Zauważa się też, że zaburzenia osobowości są częstsze w obszarach miejskich niż wiejskich i że może być to związane z większym obciążeniem stresowym codziennego życia w miastach (Alacron, 2005). Co do wpływu czynników kulturowych, ważnych zdarzeń czy też warunków ekonomicznych na zaburzenia osobowości nie ma zatem wątpliwości, problem jednak wciąż polega na dookreśleniu, czy wpływ ten modyfikuje raczej przebieg i obraz zaburzenia, czy może ma większe znaczenie w etiopatogenezie.

5.4. Integracyjny model paradygmatyczny – ewolucyjno-społeczna teoria uczenia się Theodore’a Millona

Teoria Millona (Millon i in., 2005; Millon i in. 2010; Millon, 2010, 2011) łączy integracyjny model bio-psycho-społeczny z nadrzędną perspektywą teorii ewolucji i używa tego połączenia do uporządkowania prototypowych sposobów funkcjonowania psychospołecznego ludzi, zarówno zdrowych, z umiarkowanymi problemami, jak i klinicznie zaburzonych. Jego integracyjna konceptualizacja, nazwana w ostatnich latach teorią spektrów osobowości, służy głównie wyodrębnieniu stylów (normalne postaci), typów (umiarkowane postaci) i zaburzeń osobowości (poważne kliniczne syndromy), które wynikają z podstawowych sposobów adaptacji i radzenia sobie w transakcji między tym, co biologiczne i społeczne, a na które spojrzeć można z ewolucyjnej perspektywy. Teoria Millona koncentruje się głównie na teoretycznym podłożu klasyfikacji psychiatrycznych oraz na próbach wyjaśnienia, w jaki sposób osoba (osobowość o określonych właściwościach) radzi sobie ze stresem życia codziennego.

Problematykę integracji teoretycznej Millon (Millon i in., 2005; Millon, 2011) porusza wprost. Sugeruje on w swoich pracach, że powinna zostać stworzona teoria, która oferowałaby zasady organizujące wyższego poziomu (zbiór holistycznych konstruktów), wychodzących poza obszar samej osobowości, obowiązywałaby poza specyficznym podejściem i odwoływałaby się do ogólnych praw zintegrowanej nauki o człowieku jako o organizmie żywym. Szukając takiej teorii, Millon znalazł teorię ewolucji. Koncepcję swoją sformułował on w dwóch głównych etapach, najpierw jako biospołeczną teorię uczenia się (lata 70. XX wieku), a potem dołączył do niej nadrzędny model ewolucyjny (lata 90. XX wieku).

5.4.1. Podstawy biospołecznej teorii uczenia się

Biospołeczna teoria uczenia się, której początki datuje się na 1969 rok, zakłada (omówione już w poprzednich podrozdziałach) złożone interakcje między czynnikami biologicznymi a społecznymi – dyspozycje biologiczne dojrzewającej jednostki wzmacniają prawdopodobieństwo, że pewne sposoby zachowań będą wyuczone, a cechy temperamentalne wywołują określone reakcje innych ludzi, które mogą wzmacniać początkowe tendencje (Millon, 2011; por. np. Paris, 2010). Osobowość to wzorzec cech w całym układzie jednostki – cechy biologiczne, poznawcze, psychodynamiczne i interpersonalne (te cztery grupy uważa Millon za najważniejsze obszary osobowości)

są w pewnej konfiguracji i na siebie nawzajem wpływają, tworząc złożony i wielokierunkowy układ wzajemnych sprzężeń zwrotnych (Millon i in., 2005). W przypadku zaburzeń osobowości układ ten cechuje się słabą stabilnością w sytuacjach stresu, niezdolnością do elastycznej adaptacji oraz patogennością (błędnymi kołami, utrwalającymi wcześniej obecne trudności) (Millon, 2011).

Millon (2011) wyodrębnił na podstawie przeglądu dwudziestowiecznych trendów w psychologii osobowości trzy główne wymiary, których używa się w kontekście tworzenia typologii osobowości, a mianowicie wymiar „aktywny – pasywny” (czy osoba podejmuje inicjatywę w kształtowaniu warunków życia, czy pozostaje wobec nich reaktywne), „self-inny” (czy źródłem znaczących wzmocnień jest „ja”, czy inny) oraz „przyjemność – ból” (przyciąganie i odrzucanie). Ze skrzyżowania tych wymiarów powstają osobowościowe wzorce radzenia sobie, czyli złożone formy instrumentalnego zachowania (sposoby zdobywania pozytywnych wzmocnień i unikania wzmocnień negatywnych). Inaczej mówiąc, wzorce te odzwierciedlają, jakich rodzajów wzmocnień osoba poszukuje (przyjemność) i jakich unika (ból), gdzie poszukuje tych wzmocnień – w relacjach z innymi, czy w umacnianiu siebie (*self-inny*) oraz jak nauczyła się zachowywać, aby je wywołać lub ich uniknąć (pasywnie czy aktywnie) (Millon, 2011).

Ludzi można na przykład podzielić na takich, dla których najważniejszym źródłem pozytywnych wzmocnień są inni ludzie (osobowości „zależne”, które nauczyły się, że odczucia przyjemności płyną z kontaktu z innymi, więc mają silną potrzebę zwracania na siebie uwagi oraz zewnętrznego wsparcia, na przykład osobowość zależna, histrioniczna) lub własne „ja” (osobowości „niezależne”, na przykład narcystyczna, antyspołeczna), ale dla uzupełnienia obrazu należy dodać też osoby ambiwalentne w tym zakresie (niepewne, czy zwrócić się w stronę innych, czy za źródło wzmocnień przyjąć własne „ja”, pozostające w konflikcie, na przykład obsesyjno-kompulsyjna) oraz osoby obojętne, oderwane (*detached* – niezdolne do czerpania przyjemności ani ze skierowania się na „ja”, ani na innych, na przykład schizoidalna, unikająca). Ważną kwestią jest tutaj szeroko rozumiana kategoria konfliktu (Millon i in., 2005; Millon, 2011), czyli faktu, że wyodrębnione krańce (przyjemność – ból, *self-inni*) mogą pozostawać ze sobą w sprzeczności, być w nierównowadze, a nawet być deficytowe. Dodatkowo do źródła wzmocnień dodać można zachowania instrumentalne aktywne lub bierne i na przykład wśród osobowości „zależnych” wyróżnić dwa podtypy: adaptującą się aktywnie osobowość histrioniczną oraz pasywną osobowość zależną. W ten sposób powstaje osiem wzorców, a osobno, nieco poza powyższą kategoryzacją, Millon wyodrębnił jeszcze wzorce charakterystyczne dla głębokich zaburzenia osobowości. Kryteriami tych ostatnich są deficyty

w kompetencjach społecznych, przejściowe i odwracalne epizody psychiczne i szczególnie podatność na stresy życia codziennego. Zalicza on tutaj osobowości *borderline*, paranoiczną oraz schizotypową. Typologia Millona zasadniczo odzwierciedla nie grupowanie objawów, ale próbę pokazania podłoża, jakim są transakcje między tym, co w osobowości biologiczne a tym, co społeczne i środowiskowe. Dalsze fazy pracy Millona podążają w podobnym kierunku.

5.4.2. Ewolucyjne podłoże wyróżniania spektrów osobowości

Teoria ewolucyjna, szczególnie w zakresie zjawiska naturalnej selekcji oraz podstawowych praw ewolucji, jest według Millona (2011) uniwersalnym, dotyczącym wszystkich organizmów żywych podejściem, które koresponduje z biospołeczną teorią uczenia się i pozwala ująć nie tylko zjawiska patologiczne, ale także naturalną zdrową adaptację. Osobowość to specyficzny styl funkcjonowania adaptacyjnego, który organizm przejawia w relacji z typowymi warunkami środowiskowymi, a zaburzenie osobowości to szczególny stylów funkcjonowania nieadaptacyjnego, który wiąże się z deficytami, nierównowagą, ambiwalencją czy konfliktami w relacji z warunkami środowiskowymi. Każda zdrowa osobowość ma zatem pewien wzorzec lub styl adaptacji, ale przejawia elastyczność w interakcjach ze środowiskiem, przez co jej zachowania, uczucia i myśli są adekwatne do większości typowych sytuacji. Wzorzec jednak może mieć zaostrzoną patologiczną formę (zaburzenie osobowości) albo też formę pośrednią, którą Millon określa typem osobowości. Pierwszym ważnym założeniem leżącym u podłoża spektrów osobowości jest więc przedstawianie osobowości na kontinuum od wzorców normalnych do zaburzonych.

Druga idea spektrów osobowości dotyczy rodzaju wzorców interakcji „osoba – środowisko” i według Millona podstawowym kryterium jest tutaj typ konfliktu, nierównowagi, deficytu lub ambiwalencji, jaką spotykamy w danej osobowości w poszczególnych polaryzacjach (por. tabela 5.2.). Do zrozumienia tych problemów używa Millon podstawowych imperatywów ewolucji, które łączy ze zidentyfikowanymi wcześniej przez siebie podstawowymi wymiarami osobowości. I tak polaryzację „przyjemność – ból” odnosi do przetrwania jako mechanizmu formowania się bardziej zorganizowanych struktur na podstawie mniej zorganizowanych, ukierunkowanego na zachowanie życia i poprawę życia. Na przykład osobowość unikającą można rozumieć w terminach silnego zaabsorbowania zagrożeniem psychologicznego bezpieczeństwa i wychwytywania wskaźników potencjalnego odrzucenia, co utrudnia osobie uzyskanie zadowolenia w relacjach interper-

sonalnych. Polaryzację „aktywność – pasywność” wiąże z adaptacją, czyli procesami homeostatycznymi, podtrzymującymi przeżycie w otwartych systemach. Na przykład w osobowości obsesyjno-kompulsyjnej pasywność wylania się z obawy przed działaniem w niezależny sposób i popełnieniem błędu w środowisku społecznym. Polaryzację „ja – inni” łączy z reprodukcją, rozumianą jako maksymalizację różnicowania i selekcję najbardziej efektywnych właściwości, przejawiającą się w aktualizowaniu *self* (indywidualności) oraz konstruktywnym ukierunkowaniu na innych (miłości, opiekuńczości). Przykładem niech będą zaburzenia narcystyczne i antyspołeczne, które mają znaczącą nierównowagę w strategiach reprodukcji – te osobowości wyuczyły się, że sukces reprodukcyjny oraz przyjemność i minimalizowanie bólu są osiągalne przez zwrócenie się na siebie. Millon w ostatnim czasie dodał też czwarty imperatyw ewolucyjny odwołujący się do symbolizowania świata zewnętrznego i wewnętrznego, ale nie poświęcił mu jeszcze wiele uwagi.

Tabela 5.2. Podstawowe wymiary osobowości wraz z przypisanymi im terminami ewolucyjnymi

Kryterium	Podstawowe wymiary osobowości (polaryzacje)		Teoria ewolucyjna	Cele rozwoju
Natura	pozytywny/ przyjemny (poprawa życia)	negatywny / ból (unikanie śmierci)	przetrwanie	rozwój zaufania wobec innych
Zachowanie instrumentalne	aktywne (modyfikacja warunków środowiskowych)	pasywne (akomodacja, przystosowanie do warunków)	sposób adaptacji	zdobycie pewności w adaptacji
Źródło	<i>self</i> (opiekuńczość)	inni (indywidualność)	reprodukcja	przyswojenie ról seksualnych
Konceptualizacja	myślenie (abstrakcyjne)	czucie (intuicyjne)	abstrakcja	zrównoważenie racjonalności i emocjonalności

Opracowano na podstawie: Millon (2011) oraz Millon i in. (2005).

Biorąc pod uwagę perspektywę rozwojową, zdaniem Millona dziecko uczy się postaw i zachowań głównie przez uczestniczenie w środowisku i ekspozycję na różnego rodzaju bodźce (uczenie przez naśladowanie dorosłych oraz podążanie za nagrodami i unikanie kar). W środowisku pojawiają się czasem zdarzenia patogeniczne, na przykład silnie stresujące, wywołujące lęk, wykraczające poza możliwości tolerancji dziecka, na których bazie dziecko nauczyć się może strategii defensywnych, które potem ulegną generalizacji. Inne patogeniczne zdarzenia mogą być emocjonalnie neutralne, ale uczą zachowań nieadaptacyjnych, ponieważ wykształcone były w bardzo specyficznych okolicznościach. Jeszcze inne to zdarzenia

niewystarczające, aby nauczyć się adaptacyjnych zachowań, skutkujące brakiem określonych kompetencji. Każdy imperatyw ewolucji stanowi okoliczność rozwoju ważnych dla osobowości aspektów (patrz tabela 5.2).

Tematy wygenerowane przez cztery imperatywy teorii ewolucji w odniesieniu do osobowości prowadzą do stworzenia 15 prototypów osobowości, należących do czterech spektrów (patrz tabela 5.3), narzędzi ich pomiaru (por. Wieloosiowy Inwentarz Kliniczny Millona – np. Millon i in., 2010; Strack, 2002) oraz wskazówek psychoterapeutycznych (por. Millon i in., 2005).

Tabela 5.3. Spektra zaburzeń uwzględniające nasilenie cech oraz podstawowe wymiary osobowości

Spektrum	Właściwości	Styl (norma)	Typ (umiarkowany)	Zaburzenie (poważny)
Nierównoważone emocjonalnie	albo pierwotnie zorientowane wyłącznie na innych albo wyłącznie na Ja; zdolni do znalezienia nisz w swoich środowiskach; stosunkowo dobrze przystosowani	pełen szacunku	przywiązany	zależny
		towarzyski	zadowolający innych	histrioniczny
		pewny siebie	egotyczny	narcystyczny
		wywyższający się	krętacki	antyspołeczny
Intrapsychicznie skonfliktowane	paradoksalnie niezgodni; niezdolni do utrzymania spójnego kierunku w relacjach interpersonalnych oraz intrapsychicznych operacjach obronnych; rozdarci między byciem zależnym lub niezależnymi (kompulsyjny, negatywistyczny) lub między bólem a przyjemnością (sadystyczny, masochistyczny)	niezawodny	zahamowany	kompulsyjny
		niezadowolony	pełen urazy	negatywistyczny
		wykorzystywany	pokrzywdzony	masochistyczny
		asertywny	uwłaczający	sadystyczny
Emocjonalnie ekstremalne	osoby niewzruszone emocjonalnie lub intensywnie ekspresyjne; zwykle mają trochę źródeł stabilności i opieki, ale gdy tego brak, mają tendencję do popadania w społeczną izolację oraz regresję depresyjną	niezainteresowany	aspołeczny	schizoidalny
		wstydlivy	zamknięty	unikający
		przynębiony	pełen żalu	melancholiczny
		żywotny	wylewny	maniakalny
Strukturalnie uszkodzone	poziom umiarkowany: społecznie niekompetentne, izolujące się, wrogie, zdeorientowane; struktura osobowości jest bądź nadmiernie usztywniona (paranoiczny), bądź rozbita (pozostałe); słabo zaadaptowani poziom poważny: permanentny stan dezintegracji osobowości, gdzie wszystkie funkcje są znacząco zagrożone	ekscentryczny	schizotypowy	schizofreniczny
		niestabilny	borderline	cyklofreniczny
		nieufny	paranoiczny	parafreniczny

Opracowano na podstawie: Millon (2011).

Kolejną ideą zawartą w koncepcji spektrów jest opis osobowości w dynamicznych kategoriach. Każdą osobowość można omówić z uwzględnieniem 8 obszarów, z czego część dotyczy struktury osobowości (głęboko zakorzenionych trwałych elementów, wpływających na doświadczanie biegu zdarzeń), a część funkcji (dynamicznych procesów pośredniczących w interakcji osoby i środowiska). Obszary strukturalne to obraz własnej osoby, reprezentacje obiektów, organizacja morfologiczna oraz nastrój i temperament, a obszary funkcjonalne to czynności ekspresyjne, funkcjonowanie interpersonalne, styl poznawczy i mechanizmy obronne (Millon i in. 2005). Obszary te należą do sfery biologicznej, psychodynamicznej, poznawczej oraz interpersonalnej, ponieważ są to wzajemnie uzupełniające się, odnoszące się do siebie i wystarczające perspektywy.

Podsumowując, problematykę integracyjności koncepcji Millona można wyrazić w czterech następujących aspektach (por. Strack, 2002; Magnavita, 2005): 1) integracja różnych czynników etiologicznych (bio-psycho-społeczna koncepcja genezy), 2) integracja teoretyczna (zastosowanie teorii ewolucji jako teorii wyższego rzędu), 3) wyodrębnienie całościowej grupy strukturalnych i funkcjonalnych aspektów osobowości oraz 4) integracja wiedzy na temat normalnej osobowości z psychopatologią osobowości i psychoterapią zaburzeń osobowości wraz z jej implikacjami w postaci narzędzi badawczych i wskazówek psychoterapeutycznych (spektra osobowości i psychoterapia synergistyczna).

5.5. Diagnozowanie obszarów funkcjonowania osobowości w integracyjnym modelu osobowości Westena

Westen i in. (2006) wskazali na trzy odmienne, choć powiązane z sobą kliniczne podejścia do struktury osobowości, które powinny być ujęte w całościowej klinicznej diagnozie zaburzeń osobowości, ponieważ wzajemnie się uzupełniają: 1) poziom patologii osobowości, 2) konfiguracje osobowości oraz 3) obszary funkcjonowania osobowości.

Pierwsze podejście odnosi się do pytania o to, z jak znaczną patologią mamy do czynienia. Oceny takiej dokonywać można z perspektywy uciążliwości objawów w obszarze funkcjonowania psychologicznym, społecznym i zawodowym. Przykładowym narzędziem do pomiaru tak rozumianej głębokości zaburzeń jest skala wykorzystywana w DSM (Oś V) do oceny ogólnego funkcjonowania, dająca ogólny wskaźnik patologii i wraz z tym określająca zakres koniecznej opieki i leczenia. Ocenę poziomu patologii

osobowości można też prowadzić z perspektywy funkcjonowania intrapsychicznego. Znamionną koncepcją z tego obszaru jest koncepcja poziomów organizacji osobowości według Kernberga (2004, 2005), która co prawda dzieli wraz z wieloma teoretykami nurtu psychodynamicznego twierdzenie, że patologię osobowości można opisać na kontinuum odzwierciedlającym zdolność do kochania, pracy i radości z życia, ale koncentruje się na intrapsychicznych uwarunkowaniach funkcjonowania, odwołując się do psychopatologii rozwojowej (por. Fonagy i in. 2006; McWilliams, 2009). W tym ujęciu osobowość może być zaburzona na określonym poziomie (zaburzenie głębokie lub nieznaczne) i to przejawiać się będzie w pewnej symptomatologii, ale ta symptomatologia może być zróżnicowana indywidualnie, choć będzie odzwierciedlać ten właśnie poziom patologii.

Drugie podejście do klinicznej diagnozy osobowości dotyczy określania konfiguracji osobowości, inaczej mówiąc określania rodzajów (typów) zaburzeń lub stylów. Jak obrazuje to McWilliams (2009), tym razem odpowiadamy na pytanie nie o to, jak bardzo ktoś jest szalony, ale w jaki sposób. Typy zaburzeń osobowości mogą być określane bądź na podstawie kategorii objawów (jak to jest w psychiatrycznych podręcznikach klasyfikacji), bądź na podstawie empirycznego wyznaczania kontinuum cech wraz z patologicznie nasilonymi krańcami cech (na przykład w modelach patologii na podstawie „Wielkiej Piątki”), bądź teoretycznie, przez poszukiwanie nadrzędnych zasad, które będą porządkować dane typy zaburzeń (jak to jest np. w modelu zaburzeń osobowości według Millona lub w conceptualizacji stylów neurotycznych dokonanej przez Shapiro).

W trzecim podejściu ważne jest uwzględnianie wielu różnych obszarów (np. biologicznego, psychologicznego, społecznego), które składają się na funkcjonowanie jednostki oraz okoliczności w perspektywie czasu (rozwoju). Funkcjonowanie powinno być badane jako wielowymiarowe (nie wystarczy wynik w jednym obszarze ani jeden ogólny wynik, uogólniający różne obszary), wielopoziomowe (uwzględniające różnorodne konteksty funkcjonowania i ich wzajemne relacje) i dynamiczne (uwzględniające wzajemne zależności między obszarami funkcjonowania intrapsychicznego, interpersonalnego i w danym środowisku). Podejście to jest reprezentowane na przykład przez Carter i in. (2006) w postaci propozycji całościowego rozwojowego modelu diagnozowania (*comprehensive developmental assessment*) oraz przez Westena i współpracowników (Heim, Westen, 2005; Westen, Gabbard, Blagov, 2006), którzy zaproponowali model domen funkcjonalnych (*functional domains model*). Zajmiemy się tutaj modelem drugim.

Integracyjność modelu domen funkcjonalnych polega na: 1)łączeniu klinicznej teorii psychodynamicznej (klasyczna teoria popędów, psychologia

ego oraz teorie relacji z obiektem) z badaniami empirycznymi; 2) próbie wskazania głównych obszarów, które definiują osobowość pacjenta, niezależnie od tego, czy ma on zaburzenie osobowości, czy nie; 3) łączenia obszarów funkcjonalnych i dysfunkcjonalnych (zdrowie i patologia), czyli dążenia do całościowej diagnozy, obejmującej zarówno obszary działające problematycznie i normalnie (Heim, Westen, 2005). Model ten jest dodatkowo dynamiczny i interakcyjny – obszary funkcjonalne nie są rozumiane statycznie ani opisowo, ale są rozpatrywane w kontekście różnych procesów i funkcji psychologicznych, które w nich zachodzą (np. takich jak sposoby reprezentacji *self* czy sposoby regulacji emocji). Osobowość jest interakcją procesów psychologicznych, aktywowanych w pewnych warunkach (okolicznościach), a nie jest jedynie wynikiem pewnego poziomu cech. Propozycja modelu obszarów funkcjonalnych (Westen i in., 2006) dotyczy diagnozowania trzech głównych zestawów zmiennych, które można wyrazić za pomocą trzech pytań: 1. Czego osoba pragnie, boi się i ceni, czy jest to świadome, nieświadome, wzajemnie przystawalne i skonfliktowane? 2. Jakie są psychologiczne zasoby jednostki, które pozwalają jej adaptować się do zewnętrznych i wewnętrznych wymagań? 3. Jaka jest zdolność osoby do angażowania się w relacje intymne i jak doświadcza ona siebie, innych i relacji? Odpowiadając na te pytania, dowiadujemy się o różnych konfiguracjach motywów i konfliktów, o deficytach w adaptacji do rzeczywistości (strategiach radzenia sobie i mechanizmach obronnych) oraz o problematycznych sposobach myślenia, emocji i zachowań względem siebie i innych ludzi (patrz tabela 5.4).

Wymienione tutaj obszary funkcjonalne z klinicznego punktu widzenia są kluczowe dla postępowania diagnostycznego, ponieważ opisują osobę jako charakterologicznie zdolną lub niezdolną do jakiegoś aspektu funkcjonowania i w ten sposób wyznaczają cele interwencji. Pozwalają one też odkryć, jak to się dzieje, że ludzie zaczynają mieć określone symptomy i że konfiguracja tych symptomów może być znacząca dynamicznie, a nie jedynie jako informacja do rozpoznania zaburzenia. Jako przykład takiego dynamicznego rozwiązania osobowościowego Westen i in. (2006) podają mężczyznę ze sztywnymi standardami dotyczącymi swoich uczuć i impulsów, który jest przekonany (świadomie lub nieświadomie), że powinien być ukarany za swoje myśli i uczynki i który może być podatny na wahania między kompulsyjną sztywnością a czasowymi działaniami impulsywnymi w relacjach interpersonalnych. Na bazie założeń omawianego tutaj modelu diagnozy, rozwija się prototypowe podejście do diagnozy zaburzeń osobowości oraz narzędzie przeznaczone dla klinicystów, oparte na technice Q-sort (*The Shedler–Westen Assessment Procedure – SWAP-200* – Shedler, Westen, 2007).

Tabela 5.4. Schemat modelu obszarów funkcjonalnych

Obszar	Podstawowe pytanie	Szczegółowe rozwinięcie pytania	Przykłady
1	2	3	4
Motywy i konflikty	1. Czego osoba pragnie, boi się i ceni, czy jest to świadome, nieświadome, wzajemnie przystawalne i skonfliktowane?	- obawy, pragnienia, wartości - konflikty między obawami, pragnieniami i wartościami - świadomość motywów - znaczące formacje kompromisowe	- ciągła obawa przed porzuceniem w zaburzeniu osobowości <i>borderline</i> - konflikt między pragnieniem a lękiem przed bliskością w zaburzeniu osobowości unikającej
Adaptacja do rzeczywistości	2. Jakie są psychologiczne zasoby jednostki, które pozwalają jej adaptować się do zewnętrznych i wewnętrznych wymagań?	- funkcje poznawcze (funkcjonowanie intelektualne, spójność lub zaburzenie procesów myślowych, styl poznawczy) - doświadczenie afektywne (afekt pozytywny i negatywny, tendencja do doświadczania poszczególnego afektu, intensywność doświadczeń afektywnych, chwiejność afektu, zdolność do doświadczania ambivalentnych emocji) - regulacja afektu (strategie radzenia sobie, mechanizmy obronne, zachowania regulujące afekt) - regulacja impulsów (nadmierna kontrola, niedostateczna kontrola)	- słaba kontrola impulsów i deficyty w funkcji refleksyjnej oraz problemy z regulacją afektu w zaburzeniu osobowości <i>borderline</i> - subkliniczne zaburzenia funkcjonowania poznawczego w schizoidalnym zaburzeniu osobowości

cd. tab. 5.4

1	2	3	4
Intrapsychiczne i interpersonalne relacje	3. Jaka jest zdolność osoby do angażowania się w relacje intymne i jak doświadcza ona siebie, innych i relacji?	- poznawcza struktura reprezentacji <i>self</i> i innych (złożoność reprezentacji, integracja odmiennych elementów, dyferencjacja reprezentacji) - jakość afektywna reprezentacji - zdolność emocjonalnej inwestycji w relacje (poziom rozwoju – od tendencji do natychmiastowej gratyfikacji do dojrzalej niezależności, styl – np. status przywiązania) - zdolność do emocjonalnego zaangażowania się w wartości i standardy moralne - rozumienie przyczynowości w świecie społecznym - identyfikacje i kontridentyfikacje - dominujący problem interpersonalny (chronicznie aktywizowane pragnienie, obawa lub konstrukcja) - umiejętności społeczne - struktura <i>self</i> (poczucie ciągłości i spójności, poczucie siebie jako myślącego, czującego i działającego, doświadczenie <i>self</i> jako ciągłego w czasie; ukryte i jawne reprezentacje <i>self</i>; reprezentacje <i>self</i>-w-relacjach z innymi; poczucie własnej wartości; reprezentacje <i>self</i> idealnego; autoprzeżycia, tożsamość)	- tendencja do tworzenia uproszczonych i jednowymiarowych reprezentacji <i>self</i> i innych, nierozumienie dlaczego ludzie zachowują się tak a nie inaczej oraz przypisywanie innym złych zamiarów, wyrażane między innymi w zaburzeniu osobowości paranoicznym, schizoidalnym i <i>borderline</i>

Opracowano na podstawie: Westen, Gabard i Blagov (2006, s. 348) oraz Heim, Westen (2005).

6

Paranoiczne zaburzenie osobowości

Emilia Soroko

6.1. Wprowadzenie

Początkowo użycie słowa „paranoiczny” w znaczeniu podobnym do dzisiejszego odnosiło się do psychotycznych urojeń wielkościowych (Kahlbaum, za: Silverstein, 2007; Taylor, Vaidya, 2009). Pierwszy opis osobowości paranoicznej natomiast pojawił się w pracach Magnana z 1893 roku, który scharakteryzował typy psychoz paranoicznych, gdzie jeden z podtypów miał być uwarunkowany „kruchą osobowością”, cechująca się przede wszystkim dziwnym myśleniem, nadmierną wrażliwością i podejrzliwością (Akhtar, 1990). Cechy te są w miarę zgodne z opisami paranoicznego zaburzenia osobowości (PZO), które pojawiają się we współczesnych wersjach międzynarodowych klasyfikacji zaburzeń psychicznych, choć nie trudno zauważyć pewne podobieństwo do osobowości schizotypowej, schizofrenii czy zaburzeń urojeniowych.

W konceptualizacji PZO odnosimy się do cechy występującej znacznie szerzej, w większej liczbie zaburzeń, którą można nazwać „paranoicznością”, czyli ogólnie mówiąc nadmierną podejrzliwością. Bywa że w podobnym kontekście pojawia się też termin „paranoidalny”, który jednak funkcjonuje bardziej w odniesieniu do objawów psychotycznych, zatem w niniejszym artykule nie będziemy się nim posługiwać. Paranoiczność jako cecha może mieć różne nasilenie, dlatego dla dokładniejszego opisu wyodrębni się tzw. spektrum paranoiczne, rozciągające się od stylu osobowości paranoicznej, opartego na stosunkowo adaptacyjnej czujności, przez paranoiczne zaburzenie osobowości oparte na patologicznej podejrzliwości, zaburzenie urojeniowe paranoiczne związane z poważnymi zaburzeniami myślenia do schizofrenii paranoidalnej z urojeniami, zaburzeniami spostrzegania i halucynacjami słuchowymi, utrudniającymi kontakt z rzeczywistością (Sperry, 2003; Turkat, Banks, 1987; Ekleberry, 2000; Cierpialkowska, 2007). Styl osobowości paranoicznej mieści się na krańcu zdrowia i różni się

od zaburzenia osobowości mniejszym nasileniem paranoiczności oraz mniejszą dysfunkcjonalnością w relacjach społecznych. Na przykład osoba o stylu paranoicznym ceni lojalność, wierność i testuje je u innych, ale nie podważa bez przekonujących przesłanek wierności najbliższych. Podobnie w kwestii czujności, osoba o stylu paranoicznym jest dobrym obserwatorem i potrafi wychwycić subtelności w rozmowie, ale nie koncentruje się na ukrytych negatywnych znaczeniach zwykłych zdarzeń codziennych (por. też McWilliams, 2009; Millon, 2011).

Aktualnym problemem jest to, że stany lub cechy paranoiczne występują w wielu różnych zaburzeniach psychicznych, Osi I i II DSM, zatem konieczna jest tutaj klaryfikacja w służbie dobrej diagnozy różnicowej. Nie jest to łatwe, gdyż jednocześnie widać, że publikacje naukowe w zakresie zaburzeń osobowości są zdominowane przez zaburzenie osobowości *borderline*, a paranoiczne i schizoidalne są tymi, o których pisze się najmniej (Boschen, Warner, 2009; Parnas i in., 2005).

6.2. Paranoiczne zaburzenie osobowości – obraz kliniczny

Paranoiczne zaburzenie osobowości występuje w klasyfikacji DSM od samego jej powstania, od 1952 roku (Miller i in., 2002; Falkum i in., 2009). Wraz z zaburzeniem osobowości schizotypowym i schizoidalnym, klasyfikowana jest w wiązce A (określanej jako grupa zaburzeń osobowości dziwaczno-ekscentrycznych) i jest charakteryzowana przez trwałą postawę nieufności i podejrzeń, że cudze motywy pełne są złych intencji oraz oczekiwanie bycia wykorzystanym i oszukiwanym (DSM-IV TR, APA, 2000). To kryterium uznaje się za najbardziej użytecznie diagnostycznie przez klinicystów (Sperry, 2003).

Szczegółowiej PZO określa się przez zespół sześciu nieadaptacyjnie nasilonych cech: podejrzliwości, wrogości, autonomiczności, nadwrażliwości, nadmiernej czujności i sztywności, które powinny być odróżnione zarówno od przejściowych stanów braku zaufania, jak i systematycznych urojeń o psychotycznym charakterze (Miller i in., 2002; patrz tab. 1). Jest to zaburzenie osobowości uznawane za jedno z cięższych zarówno ze względu na poziom dysfunkcji oraz styl obronny (Millon i in., 2005), jak i charakterystykę intrapsychicznego funkcjonowania (Kernberg, Caligor, 2005) i mogą w nim występować okresowe stany psychotyczne, szczególnie podczas silnego stresu. Osoby z PZO najczęściej rozpoczynają psychoterapię między 30 a 40 rokiem życia, a zgłaszanymi powodami jest depresja, epizod pobytu w szpitalu psychiatrycznym lub zmartwienie bliskich ich alienacją spo-

lęczną, a oni sami doświadczają lęków, uzależnień lub problemów w pracy (Nicolo, Nobile, 2007; Dowson, Grounds, 1995).

Czasem PZO może być obecne przed wystąpieniem zaburzeń urojeniowych lub paranoicznego typu schizofrenii, chociaż w tym drugim przypadku częściej poprzednikiem jest schizoidalne zaburzenie osobowości (DSM-IV, 1994; Alnæs, Torgersen, 1999; Esterberg i in., 2010; Silverstein, 2007). Jeśli pacjent najpierw miał poprawnie zdiagnozowane PZO, a potem rozpoczęła się u niego schizofrenia, należy zmienić klasyfikację zaburzenia osobowości na paranoiczne zaburzenie osobowości przedchorobowe.

Tabela 6.1. Symptomy osobowości paranoicznej według ICD-10 i DSM-IV TR

DSM-IV TR	ICD-10
A. Trwała nieufności podejrzliwość wobec innych sprawiająca, że ich motywy są interpretowane jako złowrogie, rozpoczynająca się we wczesnej dorosłości i obecna w różnych okolicznościach, wskazywana przez cztery lub więcej z poniższych: 1) podejrzwanie, bez wystarczającej podstawy, że inni osobę wykorzystują, szkodzą lub oszukują; 2) nadmierne zajmowanie się nieuzasadnionymi wątpliwościami na temat lojalności i zaufania ze strony przyjaciół i współpracowników; 3) niechęć do ufania innym z powodu obawy, że informacje zostaną złośliwie wykorzystane przeciwko osobie; 4) dopatrywanie się w obojętnych wypowiedziach lub wydarzeniach takich ukrytych intencji jak poniżenie i zagrożenie; 5) uporczywe okazywanie urazy np. niemożliwość wybaczenia doznanej zniewagi, krzywdy, lekceważenia; 6) dopatrywanie się ataków ze strony innych, którzy nie mają takich intencji oraz szybkie reagowanie gniewem i kontratakiem; 7) okazywanie na bieżąco nieuzasadnionych podejrzeń dotyczących małżonka czy partnera seksualnego. B. Nie występuje jedynie w przebiegu schizofrenii, zaburzeń nastroju z elementami psychotycznymi, innych zaburzeń psychotycznych oraz nie jest pod bezpośrednim wpływem zaburzeń fizjologicznych.	Obecność co najmniej trzech objawów z poniższej listy: 1) nadmierna wrażliwość na niepowodzenia i odrzucenie; 2) skłonność do długotrwałego przeżywania przykrości (np. niewybaczanie krzywd, zniewag, lekceważenia); 3) podejrzliwość i przenikająca wszystko tendencja do zniekształcania doświadczeń poprzez błędne ujmowanie obojętnych lub przyjaznych działań otoczenia jako działań wrogich lub pogardliwych; 4) waleczność i nieustępliwość w poczuciu własnych praw, niedostosowane do aktualnej sytuacji; 5) nawracające nieuzasadnione podejrzenia dotyczące wierności seksualnej małżonka lub partnera seksualnego; 6) utrwalona postawa ksbna związana szczególnie z przecenianiem własnego znaczenia; 7) koncentrowanie się na niepotwierdzonych „spiskowych” wyjaśnieniach wydarzeniach dotyczących zarówno bezpośrednio danej osoby jak i całego świata. Podtypy: ekspansywna, fanatyczna, pieniacza, sensorywna.

W PZO nie ma halucynacji, formalnych zaburzeń myślenia ani urojeń (które w psychozie obserwuje się z okresami remisji), a podejrzliwość i inne symptomy muszą być obecne przez długi czas, przynajmniej od wczesnej dorosłości (Dobbert, 2007; Thackery, Harris, 2003; Akhtar, 1990). Jeśli pacjent długotrwale nadużywa kokainy, amfetaminy lub niektórych leków, wywołujących stany paranoiczne, przy diagnozie PZO konieczna jest ostrożność (Thackery, Harris, 2003; Taylor, Vaidya, 2009). Przy nadużywaniu substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, podejrzliwość przyjmować może postać zespołu Otella. Paranoiczność towarzyszy też zaburzeniu osobowości *border-line*, ze względu na obecność przelotnych, związanych ze stresem idei o charakterze paranoicznym (*paranoid ideation*) (Ekleberry, 2000; Kernberg, 2004). W kontekście PZO rozwijać się mogą także inne zaburzenia psychiczne lub zachowania, na przykład piniactwo (silne zaangażowanie w procesy sądowe czy ciągłe skargi), urojeniowe zaabsorbowanie części własnego ciała (dysmorfobia) czy też syndrom chorobliwej zazdrości (Dowson, Grounds, 1995).

Przyjmując perspektywę badań nad zaburzeniami osobowości z wykorzystaniem cech „Wielkiej Piątki” (Samuel, Widiger, 2008; Miller i in., 2002), prognozowano, że PZO cechuje się niską ugodowością (niskie wyniki w aspekcie zaufania, prostolinijności, ustępliwości), wysokimi wynikami w neurotyczności (szczególnie w aspekcie wrogości) oraz niskimi wynikami w otwartości (w aspekcie działania). Prognozy te się potwierdzały, gdy zmienne „Wielkiej Piątki” badano kwestionariuszowo, jak i gdy stosowano wywiad ustrukturuwany. Ważną cechą tego zaburzenia jest prawdopodobnie konstytucjonalnie uwarunkowane napięcie i nerwowość, które ujawniają się w wybuchach agresji w reakcji na postrzeganą zniewagę, przy jednoczesnej powściągliwości i emocjonalnym dystansie (Miller i in., 2002).

6.3. Problematyka współwystępowania z innymi zaburzeniami

Z praktyki klinicznej oraz systematycznych badań naukowych wynika, że PZO rzadko diagnozuje się w odosobnieniu od innych zaburzeń (Miller i in. 2002). Współwystępuje ono z zaburzeniami z Osi I DSM, głównie takimi jak: depresja, zaburzenia lękowe, nadużywanie substancji psychoaktywnych (Dowson, Grounds, 1995).

Szczególna uwaga jest poświęcana współwystępowaniu PZO z innymi zaburzeniami osobowości, co wynika z nakładania się kryteriów tych zaburzeń (szczegółowe analizy czyniono głównie na DSM-III, DSM-IV i DSM-IV TR). Pacjenci szpitali psychiatrycznych oraz pacjenci ambulatoryjni z dia-

gnozą PZO często mają także diagnozę innego zaburzenia osobowości – najczęściej *borderline* (48%), narcystycznego (36%) i unikowego (48%) (za Morey, za: Bernstein, Useda, 2007). Notuje się też trudności w wyraźnym oddzielaniu od siebie zaburzeń osobowości z wiązki A (Miller i in., 2002; Parnas i in., 2005; Paris, 2003; Silverstein, 2007). Szacuje się, że do współwystępowania PZO z innymi zaburzeniami dochodzi w 75% przypadków (Bernstein, Useda, 2007). Warto zatem problematykę współwystępowania rozumieć z jednej strony jako kwestię nakładania się grup objawów, a z drugiej odnosić ją do szerszego kontekstu społecznego oraz indywidualnej biografii pacjenta. Dobrym przykładem tutaj jest problematyka diagnozowania u weteranów wojennych zaburzeń osobowości wraz z zaburzeniami po stresie traumatycznym (PTSD). Jak wynika z badań Dunn i in. (2004), najczęściej diagnozuje się u nich paranoiczne zaburzenie osobowości (około 17%), obsesyjno-kompulsyjne (16%), unikowe (12%) oraz *borderline* (8%). Badacze podkreślają jednak (Bernstein, Useda, 2007), aby przy rozumieniu tego współwystępowania brać pod uwagę nakładanie się kryteriów, na przykład nadmiernej czujności w PTSD i podejrzliwości w PZO, a także naturę doświadczeń wojennych. Doświadczenia te wymagają ponownej adaptacji do życia w cywilu, która może być patologiczna (np. weteran wojenny utrzymuje, że zagrożenie życia jest nadal obecne (Hendin, 1984). Adaptacja do otoczenia społecznego, polegająca na nasileniu podejrzliwości może mieć czasem wymiar pozytywny, jak tzw. roztropna paranoja pomagająca redukować błędy w środowisku pracy (Kramer, 2003), ale warto odróżniać okresową adaptację od trwałego zaburzenia osobowości.

Problematyka współwystępowania PZO z innymi zaburzeniami osobowości odzwierciedla się także w tworzeniu różnych podtypów tych zaburzeń. Najbardziej znana jest klasyfikacja Millona (Millon i in., 2005), w której pojawiają się następujące odmiany PZO: złośliwa (z cechami osobowości sadystycznej), zatwardziała (z cechami osobowości kompulsyjnej), zrzedliwa (z cechami negatywistycznymi), fanatyczna (z cechami narcystycznymi) oraz wyizolowana (z cechami osobowości unikającej).

Obecność PZO jako kategorii diagnostycznej nie jest planowana w przygotowywanej wersji DSM-V (Kring i in., 2012). Powody takiej decyzji dotyczą głównie wysokich współczynników współwystępowania tego zaburzenia z innymi zaburzeniami oraz traktowania go raczej jako dymensjonalnego niż kategoryjnego konstrukt, zarówno przy diagnozowaniu na podstawie samoopisu, jak i wywiadów klinicznych (Edens i in., 2009; Millon i in., 2005; Bernstein, Useda, 2007; Falkum i in., 2009). Współwystępowanie często uznaje się za artefakt nakładających się kryteriów oraz kwestię występowania podobnych objawów na behawioralnym poziomie, ale pojawiających się z różnych powodów etiologicznych (Dunn i in., 2004; Miller i in., 2002).

6.4. Cechy deskryptywne a dynamika osobowości paranoicznej

Jak osoba z PZO doświadcza świata i czym jest zaabsorbowana? Można wyobrazić sobie, śledząc światopogląd i uczucia wyrażone w następujących przykładowych słowach: „to nie jest moment na zadowolenie, ponieważ muszę być ciągle uważny, żeby na czas się obronić”, „nic nie jest takie, jakie się wydaje, a wszystko co ważne jest ukryte”, „mam wielu wrogów, ale najgorsze jest to, że podają się za przyjaciół”, „muszę zaakceptować, że jestem z tym zupełnie sam i nie mogę liczyć na żadną pomoc” (Cooper, za: Yudofsky, 2005). Kłopotliwość tego zaburzenia polega między innymi na tym, że jest ono w pewnym stopniu utajone, ponieważ bliscy nie postrzegają osoby jako pacjenta, ale jako kogoś szczególnie wyczulonego czy drażliwego (Nicolo, Nobile, 2007).

Próbując połączyć podejście fenomenologiczne z psychoanalitycznym oraz behawioralne i psychostrukturalne, a także starając się pokazać należytą złożoność zaburzenia, Akhtar (1990) zaproponował podział cech klinicznych PZO, obejmujący sześć obszarów funkcjonowania. Każdy obszar posiada wymiar jawny – zachowania pokazywane innym ludziom, oraz ukryty – stany, z którymi jednostka boryka się w doświadczeniu wewnętrznym (patrz. tabela 6.2). Wymiar jawny można też rozumieć jako obraz PZO w okresie kompensacji, a ukryty jako obraz w okresie dekompensacji, wywołanej nasileniem stresu, pozbawiającym osobę typowych mechanizmów obronnych. Osoba może zatem przechodzić od funkcjonowania na podstawie cech jawnych do funkcjonowania na podstawie cech ukrytych pod wpływem stresowych czynników spustowych.

Tabela 6.2. Obszary funkcjonowania psychospołecznego oraz przykłady cech jawnych i ukrytych

Obszary	Cechy jawne osoby	Cechy ukryte osoby
1	2	3
1. Obraz siebie	arogancki, nadmiernie pewny siebie, zastraszający, szydzący, łatwo wpadający w gniew	przestraszony, nieśmiały, pełen wątpliwości, czujący się winnym własnej agresji na innych, czujący się gorszym
2. Relacje interpersonalne	niefufny, oskarżający, wymagający, powściągliwy, bez poczucia humoru, próbujący być powierchownie życzliwym, emocjonalnie obojętny	naiwny, podatny na poczucie winy, przestraszony „potężnymi” ludźmi, przerażony możliwością kochania lub bycia kochanym, nieznoszący zależności, noszący urazę i szukający zemsty, nadmiernie wrażliwy

cd. tab. 6.2

1	2	3
3. Adaptacja społeczna	pracowity, z determinacją dążący do celu, odnoszący sukcesy w pracy wymagającej samodzielności, preferujący „suche” fakty w branżach mechanicznych, elektronicznych czy prawnych	posiadający liczne trudności interpersonalne, niezdolny do bycia członkiem zespołu, niezdolny do spontanicznej radości ze sztuki
4. Miłość i seksualność	pozbawiony zainteresowania romantyzmem, albo niezainteresowany żartami czy insynuacjami seksualnymi, albo ordynarnie żartujący o seksie	zaniepokojony własną sprawnością seksualną, podatny na erotomanię, przesadnie wrażliwy na pregenitalne tendencje u innych, perwersje sadomasochistyczne, latentny homoseksualizm
5. Etyka, standardy, ideały	moralistyczny, ceniący moc intelektualną, religijny w sposób dosłowny, okazynie religijnie fanatyczny	z osobliwym kodeksem moralnym, okazynie okazjonalnie skłonny do mijania się z prawdą, mający czasowe tendencje socjopatyczne
6. Styl poznawczy	nadmiernie czujny, z wyostrzoną uwagą, szukający wskazówek potwierdzających istniejące przekonania, z bogatym słownictwem, zdolny do roztrząsania spraw, dobry mówca, nadmiernie pamiętliwy	niezdolny do spojrzenia na wiele spraw z metapoziomu, tracący proporcje i znaczenie kontekstu, łatwo pomijający rzeczy oczywiste, ignorujący dowody przeciwne własnym poglądom, przywołujący przeszłe wydarzenia w sposób tendencyjny

Opracowano na podstawie: Akhtar (1990, s. 16).

Jawność pewnych cech nie oznacza tutaj, że jednostka jest ich świadoma, a cechy ukryte nie są tożsame z brakiem świadomości ich posiadania. Ważniejsze jest tutaj wzajemne uzupełnianie się tych obrazów, wpływające z zestawienia obydwu poziomów, stanowiące wstęp do rozumienia dynamiki PZO.

6.5. Opis przypadku

Jan jest czterdziestoletnim mężczyzną, który prowadzi własną firmę w branży elektronicznej (produkcja narzędzi pomiarowych), ma żonę i siedemnastoletniego syna, uczącego się w liceum. Do psychoterapeuty trafił, ponieważ w ostatnim czasie nasiliły się jego problemy ze współpracownikami, a żona zasugerowała mu, że może ma depresję. Jako pracodawca był zawsze ostry, wymagający i wielokrotnie zawodził się na pracownikach. Sprawdzał pracę podwładnych, najczęściej nie był z wykonania zadań zadowolony. Jego zdaniem zatrudnia ludzi, którzy powinni

być mu wdzięczni za danie szansy, a po pewnym czasie okazuje się, że nie są godni zaufania. Nie lubi niejasności, więc doprowadza do konfrontacji w pracy i zwolnienia niełojalnego pracownika. Z pewną dumą pan Jan opowiada o sprawie sądowej, jaką wytoczył nieuczciwej konkurencji, czyli pracownikowi zwolnionemu za zaniedbania obowiązków, który założył własną firmę.

Ostatnio jednego z podwładnych postanowił nagrać przy użyciu małej kamerki w biurze, ponieważ miał wrażenie, że ten nie pracuje nad przewidzianymi dla niego zadaniami. Kamera nie uchwyciła całego pokoju, jakość nagrania audio była słaba, ale mimo to odbył on z pracownikiem pełną gniewu rozmowę, wytykając mu informowanie innych o jego planach produkcyjnych. Rozmowa ta doprowadziła do zwolnienia pracownika, ponieważ zdaniem pana Jana, ten tylko patrzył i się głupio uśmiechał, więc miał jednak coś na sumieniu. W zakładzie produkcyjnym wzrost niepokoju związany z możliwością utraty pracy i coraz rzadziej pracownicy żartowali w obecności szefa oraz rozmawiali z sobą ściszym głosem. Pan Jan mówi, że zauważył zmianę i przyniósł do domu wszystkie personalne dokumenty, aby je przejrzeć i ustalić, z kim *de facto* pracuje. Analizował te dokumenty kilka dni, nie wychodząc prawie z pokoju i mało śpiąc, a to zaniepokoiło żonę, która próbowała dowiedzieć się, co się stało. Pan Jan opowiedział jej, że kilka tygodni przed zwolnieniem pracownika byli obydwoj na targach i wyjazd ten wydawał mu się bardzo udany, a nawet przyszło mu do głowy, że pracownik ten mógłby być jego prawą ręką. Dziś pan Jan dobitnie podkreśla, że całe szczęście, iż zanim powierzył temu pracownikowi prowadzenie odrębnego działu, udało mu się zdemaskować jego złe intencje. Mówiąc o tym psychoterapeucie, wydaje się być poruszony i zniecierpliwiony.

Żonę znał od podstawówki, ponieważ mieszkali w tym samym bloku, a zaczęli tworzyć parę w liceum, pobrali się na studiach. Początkowo związek był burzliwy, pan Jan negatywnie reagował na każdą różnicę poglądów czy potrzeb między nimi, kończyło się to oskarżeniami, ale po ślubie kłótnie ustały. Obecnie życie rodzinne pana Jana jest ustabilizowane i z jego punktu widzenia jest dokładnie tak, jak ma być, tylko drażni go codzienność, na przykład to, że domownicy ciągle przestawiają rzeczy z miejsca na miejsce. Wraz z żoną okazjonalnie spotykają się ze znajomymi, nie mają jednak dłuгоletnich znajomości, ponieważ trudno spotkać osoby godne zaufania. Mawia, że zaufanie jest jak zapałka, pali się tylko raz. Osoby, które go zawiodły, są traktowane jak wrogowie. Po spotkaniach pan Jan przedstawia żonie listę rzeczy, które jego zdaniem powiedziała lub zrobiła błędnie, a także mówi jej, co mogli myśleć mężczyźni na temat jej urody i seksapilu, gdy z nimi rozmawiała. Żona twierdzi,

że jest przyzwyczajona do takiego zachowania męża, że nigdy nie był romantyczny, ale zawsze napięty, wymagający, narzucający swoje zdanie i że ona nauczyła się mu przytakiwać i „robić swoje”, a że dużo pracuje, to nie jest to takie trudne. Jednak na myśl, że żona może „robić swoje”, pan Jan wpada we wściekłość.

Syna pan Jan traktuje z uznaniem, choć nie szczędzi mu różnego rodzaju uwag. Podkreśla, że podobają mu się jego męskie zainteresowania i rozsądek oraz to, że nie jest tak naiwny, jak jego rówieśnicy. Często mu powtarza, żeby poszedł na politechnikę, ale żeby najpierw znalazł sobie dziewczynę, ponieważ tam może mieć z tym kłopot. Ze swojego dzieciństwa pamięta, że uczył się bardzo dobrze, ale miał słabe oceny z zachowania, ponieważ łatwo wpadał we wściekłość, czując, że koledzy próbują go ośmieszyć i wytknąć jego słabe strony. Obiecał sobie wtedy, że nigdy w życiu nikt nie zobaczy jego słabości. Dzieciństwo od 1 do 9 roku życia spędził z dziadkami, ponieważ rodzice wyjechali do pracy za granicę i przyjeżdżali tylko okazjonalnie. Nie bardzo pamięta atmosferę w domu dziadków, wie tylko, że babcia często dzwoniła na policję z powodu awantur, jakie robił dziadek i że nauczycielka zwracała mu uwagę, że powinien wyprać sweter lub zacerować spodnie. W głębi siebie czuł się jednak lepszy od kolegów, ponieważ miał wiele przeczuć, które się sprawdzały. Na przykład wcześniej niż wszyscy wiedział, kto zbił szybę w klasie, czy też jaka grupka kolegów naskarzy na innych. Gdy rodzice wrócili do Polski, miał poczucie, że mu przeszkadzają i wymuszają na nim różne zachowania, a przecież nie mają do tego prawa. Czuł się przez nich nękanym i próbował się przeciwstawiać. Nie lubi wspominać, że się ich bał.

6.6. Etiologia paranoicznego zaburzenia osobowości w pozateoretycznym modelu integracyjnym

Wśród czynników wpływających na powstanie zaburzeń wymienia się czynniki biologiczne, psychologiczne, społeczne i społeczno-kulturowe i bada się zarówno ich osobny wpływ, jak i współzależności między nimi (Sue i in., 2010). Czynnikiem biologicznym najczęściej dotyczy podatności genetycznej do wykształcenia danego spektrum zaburzeń lub danego zaburzenia, zmian w mózgu lub sposobu funkcjonowania układu nerwowego, które mogą determinować charakterystykę symptomów. Wyniki niektórych badań wskazują, że osobowość paranoiczna jest dziedziczona, a inne precyzują, że znacząco wyższe ryzyko osobowości paranoicznej występuje wśród tych, którzy posiadają krewnych chorych na schizofrenię (por. Webb, Levin-

son, 1991). Uszkodzenie organiczne mózgu oraz zmiany w mózgu, wynikające z nadużywania substancji psychoaktywnych (alkohol, kokaina) oraz AIDS mogą również być przyczyną symptomów podobnych do tych, jakie zauważa się w osobowości paranoicznej. Na zachowania w paranoicznym zaburzeniu osobowości wpływają też cechy funkcjonowania mózgu, takie jak niski próg dla stymulacji układu limbicznego oraz niedostatki w hamowaniu mózgowym (Sperry, 2003). Mówi się więc często o biologicznej podatności do doświadczania dystresu (Horowitz, 2004).

Znaczącą rolę w rozwoju symptomów paranoicznych odgrywają takie czynniki społeczno-kulturowe, jak niski status socjoekonomiczny, imigracyjny stres oraz inne ujemne strony przynależności do mniejszości etnicznych (Newhill, 1990; Waynik, 1985). Niektóre badania, mogące wyjaśnić związki między zaburzeniem osobowości a pochodzeniem etnicznym bywają jednak uznawane za przejaw szeroko rozumianej dyskryminacji. Jedno z przykładowych amerykańskich badań (Iwamasa i in., 2000) koncentruje się na związku kryteriów poszczególnych zaburzeń osobowości (według DSM-III R) ze stereotypami grup mniejszościowych i pokazuje między innymi, że osobowość paranoiczna i antysocjalna najczęściej przypisywana była Afroamerykanom, a nie innym grupom mniejszościowym w Stanach Zjednoczonych.

Ludzie, którzy silnie odczuwają własną inność w obrębie systemu społecznego, z powodu rasy, kultury, pochodzenia, płci czy też traumatycznych doświadczeń, mogą mieć tendencje do zachowań paranoicznych, co wyraża się na dwa sposoby. Jedną jest obecność społecznej dyskryminacji i jej negatywne skutki (Dobbert, 2008), a drugą nieprzyjemne poczucie bycia ocenianym (tzw. dysforyczna samoświadomość), które osoba stara się uzasadnić, poszukując dowodów, że faktycznie jest obserwowana (por. koncepcja paranoidalnego postrzegania w systemie społecznym – Kramer, 1998, więcej w: Soroko, 2004). W przedstawianym tutaj ujęciu to, jak ludzie oceniają siebie w systemie społecznym, jest związane z charakterystyką tego systemu. Zatem ważną kwestią diagnostyczną jest odróżnienie paranoicznego zaburzenia osobowości od tzw. reakcji paranoicznej o psychotycznym bądź niepsychotycznym charakterze, gdzie to obecność czynnika wyzwalającego, a nie zespół objawów jest decydującym wskaźnikiem do diagnozy (Namyśłowska, 2000; por. też McWilliams, 2009).

Wśród czynników społecznych i psychologicznych, jako czynniki ryzyka poprzedzające rozwinięcie się paranoicznego zaburzenia osobowości wymienia się zaniedbanie lub dominację dziecka przez rodziców, izolację, wystawienie na przemoc pochodzącą od dorosłych, wystawienie na ból oraz różnego rodzaju nadużycia (Bernstein, Useda, 2007; Miller i in., 2002).

Objawy paranoicznego zaburzenia osobowości u adolescentów są związane z maltretowaniem w dzieciństwie, ubogimi relacjami z rówieśnikami, zastraszaniem przez rówieśników, a także zaburzeniami eksternalizacyjnymi (Natsuaki i in., w: Esterberg i in., 2010). Jak widać bardzo prawdopodobne są doświadczenia upokorzenia oraz sadystycznego nadużycia (McWilliams, 2009). Wskazuje się też, że istnieje związek empiryczny między agresją rodziców a agresywnością i nadmierną czujnością u dzieci, ale są to dość niespecyficzne związki, ponieważ wykryto je również w przypadku innych zaburzeń osobowości (Lewis, za: Miller, 2002).

Chociaż wpływ wymienionych wcześniej czynników związanych z życiem rodzinnym, takich jak nadużycia czy zaniedbanie, polega głównie na ich interakcji z predyspozycjami genetycznymi, to jednak wciąż brakuje empirycznych dowodów na temat czynników psychologicznych, które ten wpływ mogą mediuować lub moderować i przyczyniać się do rozwoju zaburzenia (Miller i in., 2002). Ważnym czynnikiem pośrednim może być przywiązanie. Meyer i Pilkonis (2005) pokazują, że cechy paranoiczne odpowiadają mieszance przywiązania zabsorbowanego oraz lękowego. Przytaczają jednak również badania, w których najwięcej osób z paranoicznym zaburzeniem osobowości miało przywiązanie lękowe (34%), potem bezpieczne (29%) oraz unikające i ambiwalentne (po 18%). Według Blatta z kolei (Blatt, Levy, 2003), styl przywiązania, który jest bliski introjekcyjnej linii rozwojowej, a do niej zalicza się paranoiczne zaburzenie osobowości, to styl unikająco-odrzucający. Prawdopodobnie nie można przypisać temu zaburzeniu jednego prototypowego wzorca przywiązania, ale można zauważyć przewagę tematyki lękowej i unikowej, która może być związana z takim doświadczeniem dziecięcym, w którym rodzice stale monitorowali dziecko, nękali je i nie okazywali aprobaty – doświadczenia te mogły przyczynić się do negatywnego obrazu siebie (słaby, niekompetentny) i negatywnego obrazu innych (krytyczni, nieprzychylni i krytyczni). Meyer i Pilkonis (2005) twierdzą, że *self* jest postrzegane jako niewinna ofiara czyjegoś nękania i prześladowania, natomiast nie jest rozpoznawany w obrębie *self* aspekt potencjalnie wadliwy czy ograniczony w kompetencjach i wartości (por. też dalej, pozycja paranooidalno-schizoidalna i depresyjna). Prototypowe paranoiczne zaburzenie osobowości ma zatem głęboko ukryty negatywny obraz siebie pod fasadą pozytywnych reprezentacji *self*. Obraz innych jako wrogich prowadzi do stosowania unikowych strategii interpersonalnych. Zatem paranoiczne zaburzenie osobowości można rozumieć jako poznawczo-afektywno-motywacyjną konstelację łączącą elementy przywiązania lękowego (*fearful*) i unikowego (*dismissing*).

6.7. Poznawczo-behawioralne podejście w wyjaśnianiu paranoicznego zaburzenia osobowości

Jedną z najszerzej omówionych w literaturze koncepcji poznawczych, pokazujących mechanizm utrzymywania się paranoicznego zaburzenia osobowości jest koncepcja Becka (Beck i in., 2004; Pretzer, Beck, 2005). W koncepcji tej za centralny element uważa się przypisywanie wrogich intencji innym, co wyraża się w podstawowym (kluczowym) przekonaniu o niebezpieczeństwie i wrogości otoczenia, które może być sformułowane na przykład „jestem narażony na krzywdę ze strony innych”, „oni mają wobec mnie złe intencje”. Przekonania kluczowe są wypadkową osobniczej podatności oraz wcześniejszych doświadczeń, takich jak nadużycie i lekceważenie (Bernstein i in., 2011; Sperry, 2003) oraz mogą pochodzić z procesów uczenia się przez modelowanie. Przekonania kluczowe mogą się wyrażać takimi przekonaniami warunkowymi, jak: „jeśli nie będę uważać, inni będą mną manipulować”, „jeśli ktoś zachowuje przyjaźń, to chce mnie wykorzystać” czy „jeśli ktoś jest pełen rezerwy, to ma złe zamiary”. W codziennych sytuacjach życiowych pojawiają się myśli automatyczne, pełne zniekształceń poznawczych (np. dychotomizacji) lub tendencyjności w interpretowaniu sytuacji (np. myślenie pseudodiagnostyczne – por. dalej). Chociaż uznaje się zaburzenia osobowości za trwałe wzorce dezadaptacyjnego funkcjonowania, to podkreśla się, że nasilenie objawów paranoicznego zaburzenia osobowości może wystąpić w związku z wydarzeniem wyzwalającym, którym jest najczęściej bliskość w relacji interpersonalnej oraz sytuacje rywalizacyjne, które postrzegane są jak jakiś rodzaj osłabienia, manipulacji, kontroli czy poniżenia (Sperry, 2003; Dobbert, 2007). Osoba uaktywnia w codziennych sytuacjach nadmiernie rozwinięte u siebie strategie behawioralne (wynikające z przekonań kluczowych i pośredniczących), takie jak zachowywanie ostrożności, doszukiwanie się ukrytych motywów, oskarżanie czy kontratak, a jednocześnie nie ma dostępu do strategii takich jak pogoda ducha, akceptacja, spokój czy poczucie humoru.

W koncepcji Becka przekonanie o wrogim świecie jest punktem wyjścia w rozumieniu tego zaburzenia, natomiast warto też przytoczyć takie koncepcje (również poznawcze), które pokazują, że może być ono pochodną innych procesów psychicznych. Na przykład podejrzliwość może być wynikiem projekcji niedopuszczalnych instynktów w celu ochrony siebie (Colby, za: Beck i in., 2005) lub też być racjonalizacją pomagającą radzić sobie z izolacją społeczną (Turkat, za: Beck i in., 2005; Turkat, 1985). Według Younga (Bernstein i in., 2011) z kolei osoba z paranoicznym zaburzeniem osobowości ma głębokie poczucie własnej niższości i nieadekwatności (posiadanie defektu), dlatego przewiduje, że może być przez innych skrzywdzona,

wykorzystana czy upokorzona (ryzyko nadużycia), co podtrzymuje jej poczucie braku bezpieczeństwa w świecie (podatność na zranienie). W rezultacie osoba przystosowuje się nadkompensacyjnie – prezentuje postawę wroga i agresywną wobec innych, sama atakuje, zapobiegając przypuszczalnym atakom. Warto zauważyć jednak, że osoby z paranoicznym zaburzeniem osobowości nie doświadczają jawnie bolesnego poczucia własnej nieadekwatności społecznej, jak osoby z fobią społeczną, ale próbują przypisać przyczyny swojego ukrytego poczucia własnej nieadekwatności innym („to nie ja jestem słaby, to ty chcesz mnie takim uczynić”) (Bernstein, Useda, 2007).

6.7.1. Funkcjonowanie poznawcze

Przyglądając się bliżej funkcjonowaniu poznawczemu osób z paranoicznym zaburzeniem osobowości, można lepiej zrozumieć podatność na zniekształcenia poznawcze. Shapiro (1965/1999; Silverstein, 2007), który co prawda osadzał swoje rozważania w psychologii *ego*, ale też twierdził, że poznawczy styl paranoiczny charakteryzuje się nadmierną czujnością i sztywnym ukierunkowaniem uwagi na bodźce środowiskowe (por. też pogotowie urojeniowe, Kępiński, 1977). Jest w stylu tym pewien paradoks – z jednej strony rozmieszczenie uwagi jest zawężone przez uważne badanie błahych, ale wyolbrzymianych spraw, a z drugiej w tym samym momencie uwaga jest poszerzona, gdyż osoby te chcą wykryć wszystkie złe intencje w każdym geście, odzywce czy zachowaniu (Silverstein, 2007). Ten wąski i szeroki aspekt uwagi uniemożliwia spontaniczność i ma swoje konsekwencje w zubożeniu relacji interpersonalnych.

Millon i in. (2005) w wyjaśnieniu funkcjonowania poznawczego odwołują się do teorii detekcji sygnałów i metafory ekranu radaru. Ludzie oceniają świat społeczny i sprawdzają, czy dany sygnał jest szkodliwy, czy nie. Możliwe są dwie opcje odczytania złych intencji: poprawne (prawdziwe odczytanie dodatnie) lub niepoprawne (fałszywe odczytanie dodatnie). Osoby paranoiczne czasem odczytują poprawnie, ale często też podlegają fałszywym alarmom, co w codziennym funkcjonowaniu interpersonalnym (inaczej niż na wojnie) daje w efekcie znaczne zniekształcenia rzeczywistości. Jak pisze Horowitz (2004), osoba paranoiczna ma misję: wykryć dowody oszustwa, fałszowania, prześladowania, zdrady i innych form wrogości. Przeszukiwanie danych jest jednak tendencyjne – racjonalne dane sprzeczne z tezą „zagrożenie istnieje” są ignorowane, a dane pasujące do tezy wychwytywane z nadmierną czujnością. Zauważenie tych danych potwierdza tezę wyjściową i zwrótnie wzmacnia czujność. Osoby te czują się bezpiecz-

niejsze, gdy znajdą kogoś, kto potwierdzi ich obawy i lęki, a unikają osób, które próbują uspokajać czy zapewniać o braku zagrożenia – zupełnie inaczej, niż jest to na przykład w uogólnionym zaburzeniu lękowym, gdy osoba czuje się lepiej, gdy jej katastroficzna wizja przyszłości nie jest potwierdzana przez bliskich (Nicolo, Nobile, 2007). Funkcjonowanie poznawcze wiąże się z emocjonalnym – wyższa tendencja do myślenia o paranoicznym charakterze w próbach nieklinicznych była powiązana znacząco z nastrojem depresyjnym, lękiem społecznym, unikaniem, lękiem przed oceną i wyższym monitorowaniem siebie, ale niższą samooceną (Penn, 2001; Martin, Penn, 2001).

Kształtowanie się zaburzeń percepcji i wynikających z tego zachowań paranoicznych prezentuje koncepcja Heilbruna (1972; 1973). Dziecko, które doświadcza ciągłej negatywnej oceny ze strony matki oraz odrzucenia, obronnie przybiera jedną z dwóch orientacji percepcyjnych względem pochodzących ze środowiska sygnałów oceniających. Obronnie może przejawiać: 1) otwarty styl percepcji (*open-style adapter*) i utrzymywać zwiększoną czujność na wszelkie sygnały oceniające i szczególnie skupiać się na negatywnych lub 2) przejawiać zamknięty styl percepcji (*close-style adapter*) i wzbraniać się przeciwko każdemu negatywnie oceniającemu sygnałowi przez wycofanie lub unikanie. Mężczyźni ze stylem otwartym okazywali się szczególnie podatni na dowody ujawniania informacji oraz odrzucenia, a także na paranoiczne zniekształcenia poznawcze (Heilbrun, 1972). Ten usztywniony styl funkcjonowania będzie się uaktywniał szczególnie w sytuacjach, w których jednostka czuć się będzie oceniana przez otoczenie społeczne.

Nicolo, Nobile (2007) wskazują na obecne w paranoicznym zaburzeniu osobowości dysfunkcje metapoznawcze, takie jak brak decentracji (nierozróżnianie perspektywy własnej od cudzej, skutkujące niemożliwością przyjęcia perspektywy partnera interakcji, twierdzącego na przykład, że jego intencje są przyjazne) oraz trudność rozróżniania fantazji od rzeczywistości (niezadawanie sobie pytania, czy coś należy do świata wewnętrznego czy zewnętrznego, co skutkuje na przykład uznawaniem zniewagi wyobrażonej za realną). Typową heurystyką zgodnie z myślą powyższych autorów jest myślenie pseudodiagnostyczne, polegające na sprawdzaniu hipotezy centralnej („ktoś chce mi zaszkodzić”), które uwzględnia tylko dane zgodne z tą hipotezą.

6.7.2. Funkcjonowanie interpersonalne

Osoby z paranoicznym zaburzeniem osobowości mają uszkodzoną zdolność do sprawdzania słuszności własnych przekonań (Miller i in., 2002). Z jednej strony ich sztywność poznawcza nie pozwala przyjąć innej perspek-

tywy, co ma szczególnie negatywne konsekwencje w intymnych relacjach, przejawiające się brakiem ufności, zazdrością, rozstaniem, nietolerancją odmienności, trudnościami w utrzymaniu pracy czy też pieniactwem. Nawet sytuacje przyjaznych interakcji mogą być interpretowane jako takie, które pod pozorem przyjaźni kryją prawdziwe złe intencje, a pacjent doświadczać może wygórowanego mniemania o sobie, dlatego możliwość zmiany przekonań jest bardzo słaba (Ekleberry, 2000). Z drugiej strony osoba jest wystawiona na brak sprzężeń zwrotnych, ponieważ izoluje się od ludzi, stosując widoczne zachowania ochraniające, takich jak unikanie spotkań, a w skrajnych przypadkach zamykanie drzwi, zasłanianie okien, chowanie przed innymi cennych przedmiotów (Hayward, 2007). Przekonania nie mają szans na przeformułowanie ani przewartościowanie.

W funkcjonowaniu interpersonalnym wskazać można na niejedno błędne koło, na przykład takie: brak zaufania, zastawianie pułapek, wyrażenie wrogości – tworzy się atmosfera braku zaufania – to odpycha ludzi i może prowokować wrogie reakcje lub wycofanie – osoba twierdzi: „skoro się wycofuje, to ma coś do ukrycia” – to zwrótnie potwierdza przekonanie, że świat jest wrogi (Miller i in., 2002; Nicolo, Nobile, 2007). Inny cykl, który można określić jako eskalację agresji, może się przedstawiać następująco (Nicolo, Nobile, 2007): osoba ma przekonanie, że ktoś chce ją skrzywdzić i świat jej nie sprzyja – nie ma jednocześnie świadomości, że jej zachowania wpływają na prawdopodobieństwo wykluczania z różnych grup. Stara się uprzedzić atak i ochronić się przed agresją, więc reaguje agresją na drobny fakt związany z brakiem zaufania. Wtedy inni czują się atakowani czy zagrożeni i próbują wyjaśnić swoje motywy, ale zaczynają zdawać sobie sprawę, że nie są w stanie wyrazić swojego poczucia zagrożenia, ponieważ zostanie to zinterpretowane przez osobę z zaburzeniem paranoicznym w sposób tendencyjny. Zatem nawet gdy inni chcą rozejmu, osoby z paranoicznym zaburzeniem osobowości nie dopuszczają, że te intencje mogą być autentyczne i szczerze.

Behawioralne i poznawczo-behawioralne próby wskazania, w jaki sposób tworzą się wzorce interpersonalnego, odwołują się do uczenia się przez modelowanie – dorastanie przy rodzicach o paranoicznych skłonnościach może sprzyjać wyuczeniu symptomów, które się u nich obserwuje (Dobbert, 2007). Nicolo i Nobile (2007) sugerują też, że historia rozwojowa może dotyczyć rodziców, którzy są ekstremalnie niepewni, niezdecydowani, podejrzliwi, przestraszeni opiniami innych, z ograniczonymi relacjami z innymi ludźmi, co tworzy atmosferę niepewności i braku bezpieczeństwa w świecie. Horowitz (2004), włączając elementy podejścia psychodynamicznego, prezentuje bardziej złożony model interpersonalny, pokazujący utrzymywanie się objawów i patomechanizm. Jego zdaniem powtarzalne doświadczenia

upokorzenia i nadużycia wpływają na dziecko tak, że modyfikują obraz siebie (poczucie słabości i bycia gorszym) oraz obraz innych (postrzegani jako winni tej słabości). W okresie dzieciństwa rodzice upokarzają (pozycja dominacji) osobę (pozycja uległości). Jeśli dochodzi do przeuczenia się tego wzorca, to w życiu dorosłym możliwe są dwie formy zachowań: 1) rekapitulacja – osoba oczekuje nadużycia od innych, więc stara się wykryć wrogość; 2) identyfikacja – osoba znajduje sposoby na uniknięcie upokorzenia (ochrania siebie), przyjmując rolę prześladowcy, czyli próbuje zdobyć przewagę. Identyfikacja może być rozegrana na dwa sposoby – albo osoba zwalcza potencjalnych wrogów, krytykując, oskarżając, ganiąc, albo znajduje sobie anonimowych wrogów, którym dokucza bez walki wprost, na przykład potępiając ich publicznie.

6.8. Psychodynamiczne podejście w wyjaśnianiu paranoicznego zaburzenia osobowości

Koncepcje wyjaśniające w nurcie psychodynamicznym (rozumianym tutaj jako psychoanaliza i jej kontynuacje) odwołują się do procesów nieświadomych i struktur intrapsychicznych rozumianych w perspektywie rozwojowej. Problematykę dynamiki paranoicznej i jej związków z osobowością ujmuje się z odniesieniem do głębszych lub płytszych zaburzeń, (do różnych poziomów organizacji osobowości) jednocześnie (McWilliams, 2009) lub próbując przypisać ją do określonego poziomu (Kernberg, 2004). Podkreśla się po pierwsze znaczenie mechanizmu obronnego projekcji w paranoicznym zaburzeniu osobowości, jako niedojrzałego mechanizmu pozwalającego zredukować lęk, który pojawia się, gdy osoba zaprzecza nieakceptowanym motywom, impulsom lub cechom swojego „ja” i obronnie przypisuje je komuś innemu. Współczesne badania potwierdzają, że projekcja jest specyficznym dla osobowości paranoicznej mechanizmem obronnym (Berman, McCann, 1995). Po drugie spotykamy analizę psychologicznej sytuacji pacjenta jako regresji do pierwotnej pozycji schizoidalno-paranoidealnej (psychologia relacji z obiektem) oraz po trzecie koncepcje deficytów w obrębie *self* (psychologia *self*).

6.8.1. Psychoanaliza klasyczna

Rozważając rozwój osobowości paranoicznej w terminach psychoanalitycznych, najpierw warto przytoczyć Freuda pogląd na paranoję (manię prześladowczą) – uznał on, że zaburzenie to jest związane z odrzuceniem

utajonej homoseksualności i jej projekcję na otoczenie (Freud, 1908/2009; Akhtar, 1990; Muchnik, Raizman, 1999). Koncepcja ta pozwala bliżej zanalizować mechanizm obronny projekcji oraz znaczenie idei biernego homoseksualizmu w zaburzeniach paranoicznych. Tendencje homoseksualne pojawiają się w stadium przejściowym pomiędzy miłością do siebie, charakterystyczną dla pierwotnego narcyzmu, a kształtującą się miłością do obiektu (Freud, 1996; Garfield, Havens, 1991). Nawet gdy jednostka dokona heteroseksualnego wyboru obiektu, to jednak dążenia homoseksualne nie ustają, ale „pojawiają się one razem z częściami popędów Ja by [...] utworzyć wraz z nimi popędy społeczne” (Freud, 1908/2009, s. 149). Pozostają utajone, ulegają przekształceniom w nieświadomości i formują lęki homoseksualne, które w przypadku paranoi prowadzą do powstania nienawiści. Nienawiść jest rzutowana poza „ja” i sprawia, że dotychczasowy obiekt miłości wydaje się prześladowującym i pełnym nienawiści. Freud (1908/2009, s. 150) wymienia różne strony przekształceń, w jakie może ewoluować podstawowa męska fantazja homoseksualna: „Ja (mężczyzna) kocham go (mężczyznę)”. Sprzeciwowi i przekształceniu ulec może:

- orzeczenie tego zdania – wówczas zamiast „ja go kocham” powstaje: „ja go nienawidzę”, co w wyniku projekcji ujawnia się jako: „on mnie nienawidzi (prześladuje), a to usprawiedliwia moją nienawiść”; w taki sposób powstaje symptom manii prześladowczej;

- podmiot głównej fantazji – „to nie ja kocham tego mężczyznę, ale ona go kocha”; takie przekształcenie prowadzi do powstania manii zazdrości;

- dopełnienie zdania, w jakie ujęta jest pierwotna fantazja homoseksualna – „nie kocham go – przecież kocham ją”; tak powstaje symptom erotomanii;

- całe zdanie głównej fantazji – powstaje wtedy: „ja w ogóle nie kocham nikogo – ja kocham tylko siebie”; ten typ sprzeciwu tłumaczy powstawanie manii wielkości, rozumianej jako seksualne przecenienie własnego „ja”: libido w tej sytuacji wycofane jest z obiektu i wykorzystywane jest do powiększania „ja”.

Współczesne próby analizy przypadków klinicznych osób z paranoją potwierdza związek paranoi z homoseksualizmem (Muchnik, Raizman, 1999). Warto jednak również zauważyć, że lęki homoseksualne (szczegółowiej lęki przed impulsami biernego homoseksualizmu) można traktować jako obawę przed podporządkowaniem i ograniczeniem własnej autonomii w sytuacjach psychologicznej bliskości (Gabbard, 2009).

6.8.2. Perspektywa psychopatologii rozwojowej i teorii relacji z obiektem

Za okres sensytywny dla kształtowania się osobowości paranoicznej uznaje się okres preedypalny, w którym pojawiają się oralne i analne popędy, najczęściej wskazując na pierwszy rok życia (por. też bazowa ufność, Erikson, 2000) lub nieco późniejszy okres, w którym rozwija się charakter falliczno-narcystyczny (Garfield, Havens, 1991, 1993; Freud 1908/2009). Fiksacja na preedypalnych etapach rozwoju utrudnia później prawidłowe rozwiązanie konfliktu Edypa i skutkuje kolejnymi nakładającymi się konfliktami (Blum, za: Akhtar, 1990; Muchnik, Raizman, 1999), więc w PZO spotykamy dużą różnorodność procesów psychopatologicznych.

Za najbardziej centralną kategorię rozwojową, pozwalającą wyjaśnić funkcjonowanie pacjentów z PZO, uznawana jest pozycja schizoidalno-paranoidalna, charakterystyczna dla około 6–8 miesiąca życia dziecka (Segal, 2005; Gabbard, 2009; Waska, 2003). Analiza psychologicznego funkcjonowania w tej pozycji pozwala zrozumieć dynamikę PZO. W pozycji schizoidalno-paranoidalnej mamy do czynienia z bardzo słabym i labilnym *ego* dziecka, które narażone na polaryzację popędów jest w konflikcie między popędami życia i śmierci, co powoduje lęk. *Ego* w obronie przed tym lękiem rozszczepia się na dwie części – jedna zawierająca popęd śmierci (nienawiść, wściekłość) jest projektowana na obiekt pierwotny, czyli pierś, odczuwaną przez to jako groźną, złą, atakującą, co rodzi lęk prześladowczy. Projekcja nienawiści często wiąże się z wyobrażeniem fragmentacji obiektów, skutkującym lękiem nie przed jednym prześladowcą, ale wieloma. Druga część *ego*, zawierająca popęd życia, jest również projektowana na pierś, tworząc obiekt idealny i silne pragnienie kontaktu z nim. Obecne są wtedy w świecie dziecka fantazje o idealnym obiekcie, które związane są z realnymi doświadczeniami opieki, ciepła i miłości, a fantazje prześladowcze z doświadczeniami cierpienia i frustracji. Impulsy pozytywne (miłość) i negatywne (nienawiść, wściekłość) kierowane do obiektu (piersi) są od siebie oddzielane dzięki mechanizmowi obronnemu rozszczepienia, którego głównym celem jest ochrona kruchej psychiki dziecka przed zbliżeniem obiektu prześladowczego i idealnego oraz unicestwieniem *ego*. Doświadczone przez dziecko lęki prześladowcze są pochodną jego pełnych wściekłości fantazji. Pozycja schizoidalno-paranoidalna ustępuje pozycji depresyjnej, gdy rozszczepienie stopniowo ustępuje i staje się coraz bardziej możliwe doświadczanie obiektu ambiwalentnie, co wiąże się z przeżywaniem i tolerowaniem trudnych uczuć winy i straty. Jeśli jednak istnieją warunki, w których rozszczepienie nie może słabnąć (na przykład impulsy negatywne są bardzo silne i rozszczepienie jest ciągle motywowane potrzebą ochrony idealizowanych aspek-

tów siebie i obiektu, aby nie doszło do pochłonięcia albo destrukcji spowodowanej przez prześladowcze aspekty obiektu), to mimo że dziecko się rozwija, jego świat wewnętrzny może zostać zorganizowany w opisany wyżej sposób i dominować w relacjach z ludźmi i światem lub stanowić pozycję, do której osoba będzie regresować się w obciążających psychicznie okolicznościach.

Zgodnie z koncepcją rozwoju intrapsychicznego Kernberga (2004; Cierpiałkowska, 2001), która nawiązuje do klasycznej teorii relacji z obiektem, ale w mniejszym stopniu rozwój psychiki wiąże z fantazjami niemowlęcia, a w większym z realnymi doświadczeniami w relacji z opiekunem, PZO jest związane z fiksacją w fazie różnicowania reprezentacji obiektu od reprezentacji *self*. W związku z tym głównym spotykaniem w PZO intrapsychicznym mechanizmem obronnym jest rozszczepienie, a także zaprzeczenie, dysocjacja, prymitywna projekcja, identyfikacja projekcyjna, onnipotencja, dewaluacja oraz idealizacja. Poziom organizacji osobowości PZO mieści się więc na niskim poziomie organizacji osobowości *borderline*, na krańcu introwertywnym (Kernberg, Caligor, 2005).

W PZO bardzo ważną obroną jest identyfikacja projekcyjna. Ponieważ jest to prymitywna forma projekcji, opierająca się na rozszczepieniu, to charakteryzuje się ciągłym doświadczaniem impulsu, projektowanego na inną osobę, lękiem przed drugą osobą, a także potrzebą kontrolowania drugiej osoby i relacji (Kernberg, 1984). Szczególnie istotne dla rozwoju dynamiki paranoicznej wydają się cechy rozwoju *superego*, które jest minimalnie zintegrowane z wyraźnym jądrem sadystycznym, projektowanym na innych, także na terapeutę, skutkując lękiem prześladowczym oraz bardzo niskimi zdolnościami do doświadczania winy oraz troski. Bardzo trudno jest utrzymać osobie z PZO więź z obiektem, ponieważ jest to obiekt częściowy wyłącznie dobry lub wyłącznie zły, niedoświadczany ambiwalentnie jako dobry i zły jednocześnie. W efekcie osoba ta w bliskich relacjach interpersonalnych może aktywizować obraz obiektu jako całkowicie dobrego, fantazjując o magicznych i idealnych związkach z innymi, z którymi jest w bezustannym kontakcie (Gabbard, 2009). Jednak bardzo niewiele trzeba, aby drobny incydent zmienił tę relację w relację z obiektem całkowicie złym, prześladowczym, całkowicie uniemożliwiając doświadczanie dobrych aspektów obiektu.

Kernberg i Caligor (2005) wskazują, że w paranoicznym zaburzeniu osobowości występuje patologia agresji (por. też Taylor, Vaidya, 2009; Gabbard, 2009). Świat zewnętrzny obsadzany jest obiektami prześladowczymi poprzez projekcję agresywnych obiektów wewnętrznych. Jednocześnie reprezentacja *self* staje się obronnie i kompensacyjnie wielkościowa, wymaga ciągłego podtrzymywania w tym obrazie, a w sytuacjach niebezpieczeństwa

konfrontacji, które mogłyby zdemaskować poczucie słabego *self* (niższości czy niekompetencji), osoba doświadcza obniżenia nastroju, lęku i w tym momencie może zgłosić się po pomoc psychologiczną (Gabbard, 2009; McWilliams, 2009). Pacjenci z PZO, projektując wewnętrzne konflikty na terapeutę, prędzej lub później przekształcają go we wroga (Stone, 2006; Garfield i Havens, 1993). Nawet konieczność brania leków może być nieświadomie interpretowana jako próba inwazyjnej zewnętrznej kontroli, do której uniknięcia osoba jest silnie motywowana, co utrudnia leczenie (Peralta, Cuesta, 2005).

W przedstawianym tutaj ujęciu Kernberga, PZO jest uznawane za zaburzenie o niższym poziomie organizacji osobowości *borderline*. Jednak warto za McWilliams (2009) zauważyć, że dynamika paranoiczna w osobowości może przybierać niekiedy łagodniejsze formy, pojawiając się na wyższym poziomie organizacji osobowości czy też przejawiając się stylem osobowości i że umiejętność zauważenie jej w tych bardziej subtelnych formach może być przydatne klinicznie (por. też Sperry, 2003). Na przykład w osobowości paranoicznej zorganizowanej neurotycznie, według McWilliams (2009) jest obecna projekcja wewnętrznych impulsów na świat zewnętrzny, ale pozostaje pewna obserwująca część ego, która jest w stanie uznać, że dochodzi w pewnym stopniu do zniekształcenia rzeczywistości.

6.8.3. Psychologia *ego*

Zgodnie z poglądami Shapiro (1965/1999; Miller i in. 2002; Silverstein, 2007; Block, 2002), który osadzał swoje rozważania w psychologii *ego*, można wyróżnić neurotyczny styl poznawczy o typie paranoicznym. Styl neurotyczny w jego ujęciu oznaczał coś w rodzaju formy charakteru, podkreślającą jego trwałość i egosyntoniczność, która w zależności od okoliczności zewnętrznych i wewnętrznych przyjmuje różny stopień sztywności i początkowo adaptacyjna, ostatecznie ogranicza samoświadomość. Jednak podstawowa funkcja stylu neurotycznego jest spełniona – chroni przed lękiem. Shapiro (1965/1999; Millon i in., 2005; Block, 2002) twierdził, że styl paranoiczny często ma swoje podłoże w stylu obsesyjno-kompulsyjnym. Obsesyjno-kompulsyjny styl neurotyczny to taki, w którym osoba funkcjonuje zgodnie z zasadą, że im więcej napięć, tym kontrola musi wzrosnąć. Istnieją jednak granice kontroli wewnętrznych impulsów, a to nasila napięcie i trudny do tolerowania lęk. W sytuacji niemożliwego do tolerowania napięcia, osoba przełączyć się może na rozwiązanie paranoiczne: 1) nadmierną czujność skierowaną na zewnątrz, która ma uczynić lęk bardziej znośnym

i usprawiedliwionym oraz 2) nałożenie nowej surowej, sztywnej, ale porządkującej struktury na rzeczywistość – niemodyfikowalne założenie o istnieniu zła w świecie i konieczności ochrony przed nim. Wewnętrzne napięcia są psychologicznie przekierowywane i przypisywane zewnętrznym obiektom, łagodząc pochodzący z wewnątrz lęk. Dlatego osoba paranoiczna na poziomie manifestowanego zachowania może być opanowana i zrelaksowana, natomiast staje się pobudzona w pewnych wybranych okolicznościach i wtedy jej czujność zaostrza się, a ona spostrzega i przewiduje zagrożenia, jednocześnie pozostając bez poczucia własnej wrażliwości czy podatności (np. wewnętrznego lęku). Osoba o paranoicznym stylu jest pierwotnie zahamowana, ale w niektórych okolicznościach staje się impulsywna (odwrotnie historyczne), szczególnie gdy czuje się zakłopotana i nie może utrzymać sztywnej struktury (Block, 2002).

Winnicott (za: Akhtar, 1990) zwracał uwagę na jakość matczynej opieki w sensytywnych okresach rozwoju i zauważył, że tendencje paranoiczne rozwijają się z powodu takiej opieki, która nie neutralizuje naturalnych dla dziecka w pierwszym okresie rozwoju tendencji do odczuwania zagrożenia, co skutkuje takimi symptomami, jak: wycofanie, nieumiejętność zabawy, podejrzliwość czy zaabsorbowanie fantazjami na temat okrucieństwa. Do obrazu PZO w wyniku późniejszych doświadczeń z okresu adolescencji, jak twierdzi Winnicott, dołączają się zwykle: izolacja społeczna, fantazje prześladowcze, a w sferze seksualnej – sadomasochizm.

6.8.4. Psychologia *self* – symptomy paranoiczne a narcyzm

Bursten (za: Akhtar, 1990) opisuje paranoiczne zaburzenie osobowości jako podtyp osobowości narcystycznej. Za podstawową dynamikę uznaje nieuświadomioną tęsknotę jednostki za ponownym złączeniem z obiektami rodzicielskimi. Tęsknota ta nie tylko wywołuje homoseksualne i kazirodczne lęki, ale także strach przed rozpadem *self*. Obroną przeciwko tym lękom jest projekcja, a wraz z nią postępująca paranoiczna negacja obiektów, które wydają się mieć związek ze wstydliwymi pragnieniami. Kwestię związku paranoi z narcyzmem bliżej przedstawia psychologia *self*.

Nietrudno zauważyć, że u osoby z paranoicznym zaburzeniem osobowości występuje specyficzna inwestycja energii psychicznej w „ja”, tworząca postawę „jestem wspaniały” i indukująca obawę przed zewnętrzną siłą, która może osobę tego pozbawić (Garfield, Havens, 1991, 1993). Na rozwój stanów paranoicznych mają przede wszystkim wpływ: ideał *ego*, *self*-obiekt (jako intrapsychiczna reprezentacja funkcji otoczenia podtrzymujących *self* –

za Drat-Ruszczak, 2000) oraz deficyty w celowości i ukierunkowywaniu swojego działania. Terminy te wywodzą się z psychologii *self* Heinza Kohuta (Garfield, Havens, 1991, 1993) i dotyczą rozwoju *self* w dwóch aspektach. Pierwszy biegun *self* – biegun ambicji i celów – wywodzi się z takiej wczesnej relacji z matką, która odzwierciedla poczucie doskonałości dziecka i dzięki temu w dorosłości jednostkę cechuje zaufanie do siebie i do innych oraz stabilne poczucie własnej wartości. Drugi biegun *self* – ideały – tworzą się w takiej relacji, w której dziecko może podziwiać rodzica i jako *self*-obiekty przypisać mu wyidealizowane zdolności oraz liczyć na to, że *self*-obiekt będzie wspierał *self*. Dzięki takiej relacji jednostka wchodzić będzie później w związki oparte na wsparciu i przywiązaniu. Jednak w przypadku paranoicznego zaburzenia osobowości *self* nie rozwija się prawidłowo, ponieważ – z powodu braku dobrej relacji – *self*-obiekty nie wypełniają swojej regulującej, podtrzymującej roli. Jednostka rozczarowuje się *self*-obiettami i nie buduje spójnego *self*.

Kohut (za: Garfield, Havens, 1991, 1993) twierdzi, że paranoiczne postrzeganie świata wywodzi się z fragmentacji *self*, powstałej w wyniku opisanej wyżej frustracji w czasie rozwoju. Funkcje regulacyjne *self*-obiettów wiązałyby się z umożliwieniem kontaktu *self* ze strukturami wewnętrznymi, takimi jak reprezentacje obiettów czy schematy kognitywno-afektywne, ale tak się nie dzieje i w ten sposób jednostka rozczarowuje się *self*-obiettami. Garfield i Havens (1991, 1993) dowodzą, że rozczarowanie cenionymi wysoko ideałami prowadzi do paranoicznych objawów, ponieważ główną emocją, jaka pozostaje w sytuacji braku kontaktu z wewnętrznymi strukturami, jest lęk i niepewność. Uczucia takie autorzy obrazują stwierdzeniem: „czuję się, jakby ktoś wyciągał dywan spod moich nóg”. Biegun ideałów oraz biegun ambicji i celów są osłabione, pojawiają się zaburzenia narcystyczne, które w przypadku paranoicznej osobowości charakteryzują się przede wszystkim utratą woli, brakiem kierunku własnego działania i brakiem celów. W takiej kondycji za sprawców własnego działania uznaje się innych, którzy podporządkowali sobie bezwolne i pofragmentowane *self*. Podsumowując, podstawowe problemy wynikają z patologicznego rozwoju *self* i obejmują: rozczarowanie się ideałami, lęk i niepewność co do słuszności własnego postępowania oraz konieczność poddania się nikczemnym planom innych ludzi i w ślad za tym utratą własnej autonomii.

7

Schizoidalne zaburzenie osobowości

Monika Marszał

7.1. Wprowadzenie

Schizoidalne zaburzenie osobowości (SZO) od ponad stu lat pozostaje w obszarze zainteresowań psychologów i psychiatrów. Termin „schizoidalny” został stworzony przez Bleuera w 1908r. na określenie naturalnej części ludzkiej osobowości, odpowiedzialnej za zwracanie się ku wewnętrznemu życiu jednostki przy jednoczesnym wycofaniu ze świata zewnętrznego (Akhtar, 1987). Podobnie jak w odniesieniu do wszystkich zaburzeń osobowości, natężenie cech schizoidalnych można określić na pewnym kontinuum ilościowym, w którym na jednym krańcu znajduje się osoba zdrowa z cechami schizoidalnymi (schizoidalny typ osobowości), a na drugim jednostka ze SZO. Osoby o typie schizoidalnym nie przejawiają poważnych problemów w codziennym funkcjonowaniu, są jednak odbierane jako zdystansowane, niezaangażowane i pozostające poza głównym nurtem życia społecznego (Millon, 2011). Nie są zainteresowane nawiązywaniem bliskich relacji z ludźmi i dobrze czują się tylko we własnym towarzystwie. U osób ze SZO cechy te przybierają formy ekstremalne: pozostają one całkowicie wycofane i niezdolne do tworzenia związków z bliskimi osobami, nie potrafią rozpoznawać i wyrażać stanów emocjonalnych oraz nie reagują pobudzeniem na bodźce ze świata zewnętrznego. W przypadku SZO cechy schizoidalne pozostają dezadaptacyjne i sztywne, powodując poważne zaburzenia funkcjonowania społecznego lub wewnętrzne poczucie cierpienia (APA, 2000).

7.2. Schizoidalne zaburzenie osobowości – obraz kliniczny

7.2.1. Kryteria diagnostyczne według klasyfikacji psychiatrycznych

W klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV TR (2000) SZO zostało przyporządkowane do wiązki A, która obejmuje paranoiczne, schizotypowe i schizoidalne zaburzenia osobowości. Charaktery-

zują się one dziwacznością i ekscentrycznością widoczną w zachowaniu jednostki. W tabeli 7.1 przedstawiono kryteria diagnostyczne schizoidalnego zaburzenia osobowości według klasyfikacji ICD-10 i DSM-IV TR.

Tabela 7.1. Kryteria diagnostyczne schizoidalnego zaburzenia osobowości według ICD-10 i DSM-IV TR

ICD-10	DSM-IV TR
Schizoidalne zaburzenie osobowości diagnozuje się, gdy zostaną spełnione co najmniej trzy z poniższych warunków: 1) brak lub zanikanie działania służące przyjemności; 2) chłód emocjonalny, wycofanie się lub spłylenie uczuciowości; 3) ograniczona zdolność wyrażania przyjaznych, ciepłych uczuć lub gniewu wobec innych; 4) niezainteresowanie zarówno pochwałą, jak i krytyką; 6) słabe zainteresowanie doświadczeniami seksualnymi z innymi osobami (z uwzględnieniem wieku); 7) prawie stała preferencja do samotnictwa; silne pochłonięcie fantazjowaniem i introspekcją; 8) brak bliskich przyjaciół lub zaufanych związków (lub co najwyżej – pojedyncze) oraz brak potrzeby takich związków z ludźmi; 9) wyraźna niewrażliwość wobec obowiązujących norm i konwencji społecznych.	A. Utrwalony wzorzec wycofania z relacji społecznych wraz z ograniczonym zakresem ekspresji emocjonalnej w sytuacjach interpersonalnych, który pojawia się we wczesnej dorosłości i ujawnia w różnych kontekstach, na co wskazują co najmniej cztery z poniższych kryteriów: 1) jednostka nie pragnie bliskich relacji z innymi ludźmi ani nie znajduje w nich przyjemności, co dotyczy także relacji rodzinnych; 2) niemal zawsze wybiera zajęcie w samotności; 3) o ile w ogóle wykazuje zainteresowanie doświadczeniami seksualnymi z inną osobą, to jest ono niewielkie; 4) niewiele zajęć sprawia jej przyjemność, o ile w ogóle ją znajduje; 5) nie ma bliskich przyjaciół ani powierników poza krewnymi pierwszego stopnia; 6) sprawia wrażenie obojętnej na pochwały i krytykę ze strony innych; 7) objawia chłód emocjonalny, spłylenie uczuciowości lub wycofanie emocjonalne. B. Nie pojawia się wyłącznie w czasie trwania schizofrenii, zaburzeń nastroju z cechami psychotycznymi lub innego zaburzenia psychotycznego i nie wiąże się bezpośrednio z fizjologicznymi następstwami ogólnego stanu zdrowia fizycznego.

Źródło: Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (2000, s. 171-172), American Psychiatric Association (2000, s. 697).

Warto zauważyć, że w odróżnieniu od innych zaburzeń osobowości kryteria SZO według klasyfikacji psychiatrycznych opierają się niemal wyłącznie na określeniu obszarów deficytowych (dotyczących sfery emocjonalnej, motywacyjnej, behawioralnej), niewiele miejsca poświęcając temu, co jest specyficzne dla osób schizoidalnych. W efekcie powstaje coś, co można

nazwać „pustą osobowością”, pozbawioną wszelkich cech (Millon i in., 2005). Dlatego w przypadku SZO, bardziej jeszcze niż w odniesieniu do wszystkich innych zaburzeń z tej kategorii, ważne wydaje się wyjście poza psychiatryczne klasyfikacje i odwołanie do szerszych koncepcji dotyczących objawów i patomechanizmu zaburzenia. Postulat ten ma zostać w pewnym stopniu uwzględniony w najnowszej wersji klasyfikacji APA – DSM-V, która ukazała się w maju 2013 roku. Proponowane zmiany dotyczące SZO dotyczą założenia, aby było ono diagnozowane nie jako statyczny typ osobowości (a więc jako określona kategoria), ale poprzez połączenie podstawowych nieprawidłowości dotyczących funkcjonowania interpersonalnego oraz specyficznych patologicznych cech osobowości, takich jak: społeczne wycofanie i separowanie, unikanie bliskości, zahamowana emocjonalność i anhedonia (APA, 2012). Model dymensjonalny SZO znajduje odzwierciedlenie w badaniach (Ahmed i in., 2012), które wskazują na znacznie większą użyteczność takiej konceptualizacji SZO niż kategoryjnego sposobu ujmowania osobowości schizoidalnej.

7.2.2. Obraz kliniczny

Sfera poznawcza. Sfera poznawcza osoby schizoidalnej podporządkowana jest podtrzymywaniu specyficznego wzorca interpersonalnego oraz realizowaniu funkcji obronnych. Charakterystyczny jest rozdźwięk między myśleniem a emocjami oraz chłodny, racjonalny i sztywny styl myślenia, dzięki któremu unika ona kontaktowania się z kłopotliwymi aspektami rzeczywistości dotyczącymi uczuciowości i problemów interpersonalnych (Millon, 2011). Jednostka rozwija wiele poznawczych struktur adaptacyjnych, mających na celu uniknięcie konfrontacji z fragmentami rzeczywistości, które mogą wzbudzać lęk i dyskomfort (Johnson, 1998). Osoby schizoidalne są bardzo skoncentrowane na sobie, ze skłonnością do utrzymywania bogatego świata wewnętrznych fantazji, które zastępują im funkcjonowanie w realnej rzeczywistości zewnętrznej, przy czym charakterystyczne dla nich oderwanie od „ja” powoduje bardzo słabą świadomość własnego świata wewnętrznego (Millon i in., 2005). Prowadzi to do zaburzeń zdolności do testowania rzeczywistości, która ulega załamaniu najczęściej pod wpływem bodźców społecznych (Bornstein, 2005). Jednocześnie jednostki schizoidalne nie są zainteresowane odkrywaniem samego siebie, mają więc bardzo małe pojęcie na temat swoich celów życiowych, pragnień i planów na przyszłość. Brak ciekawości poznawczej staje się jeszcze bardziej widoczny w odniesieniu do otoczenia społecznego. Osoba schizoidalna ma bardzo małą wiedzę na temat innych ludzi, nie rozumie praw rządzących interakcjami społecznymi i nie

wykazuje motywacji do rozpoznania reguł funkcjonowania społecznego. Społeczne wycofanie, brak zainteresowań i apatia powodują, że nawet wiedza ogólna i kulturowa pozostaje na niższym poziomie niż u zdrowych jednostek (Millon i in., 2005).

Sfera emocjonalna. Sfera związana z uczuciami u osób ze SZO jest mocno zablokowana, a jej najbardziej charakterystyczną cechą jest wyraźne spłylenie uczuciowości i ograniczone przeżywanie zarówno pozytywnych, jak i negatywnych emocji. Badania Collidge'a i in. (2012) wykazały silną korelację pomiędzy SZO a aleksytymią, zaburzeniem polegającym na braku zdolności do rozpoznawania i ekspresji stanów emocjonalnych. Jednostki z SZO zazwyczaj nie przejawiają emocjonalnej reakcji na inne osoby i wydają się nie odpowiadać na gesty czy ekspresję mimiczną (np. uśmiech) (APA, 2000). Są odbierane jako znudzone, obojętne oraz oderwane od świata i samych siebie. Dominującymi mechanizmami obronnymi stosowanymi przez osoby z SZO są zaprzeczenie i izolacja (Bornstein, 2005). W ich relacji dominuje opis wewnętrznej pustki i braku doznań emocjonalnych; charakterystyczny jest brak spontaniczności i dewaluowanie emocjonalnej sfery życia, połączone z gloryfikacją racjonalności i wartości intelektualnych. Jednostka z SZO nie reaguje na informacje zwrotne ze strony innych osób, krytyka lub komplementy nie wywołują u niej żadnej reakcji emocjonalnej; często widoczna jest również anhedonia, czyli niezdolność do odczuwania przyjemności. Badania wykazują także istotny związek między SZO a tendencją do odczuwania negatywnego afektu (Farmer i in., 2004). Dla funkcjonowania emocjonalnego osób ze SZO charakterystyczny jest brak empatii – pozostają niezdolne do przyjmowania poznawczej perspektywy innej osoby, a także do emocjonalnego współgrania (Smith, 2006). Osoby schizoidalne sprawiają wrażenie spokojnych i stonowanych, pozbawionych agresywności, w rzeczywistości jednak tłumią i wypierają wszelkie uczucia związane ze złością i impulsami agresywnymi, nie potrafiąc wyrażać złości oraz nie radząc sobie z okazywaniem złości przez inne osoby. Jeśli w ogóle wyrażają te emocje, to w postaci zachowań bierno-agresywnych. Według psychoanalityków na nieświadomym poziomie doświadczają bardzo silnych uczuć złości i przeżycia (Johnson, 1998). Emocje te mogą znajdować ujście w symptomach charakterystycznych dla osób schizoidalnych, takich jak zaburzenia lękowe: ataki paniki, fobie, lęk uogólniony, a także w chronicznym napięciu i poczuciu dyskomfortu. Osoby ze SZO rzadko odczuwają emocje pojawiające się pod wpływem wyobrażonej lub realnej oceny innych osób, takie jak wstyd czy poczucie winy. Specyficzne są jednak uczucia żalu i smutku, często przybierające formę chronicznej depresji (Johnson, 1998), a wycofanie ze sfery emocjonalnej i wyraźne zahamowanie uczuciowości często znajduje swój wyraz w zaburzeniach natury psychosomatycznej.

Sfera behawioralna. Najbardziej charakterystyczną cechą osobowości schizoidalnej na poziomie zachowania jest wycofanie ze świata zewnętrznego. Dotyczy to zarówno wszelkich relacji interpersonalnych, jak i ogólnego braku zainteresowania otaczającą rzeczywistością. Jednostka schizoidalna preferuje spędzanie czasu w samotności, wybierając takie rodzaje aktywności, które nie wymagają kontaktu z innymi osobami (APA, 2000). W kręgu ich zainteresowań często pozostają czynności związane z umiejętnościami mechanicznymi czy światem wirtualnym (np. gry komputerowe). Osoby ze SZO zwykle pozostają pasywne wobec otaczającej rzeczywistości i wydają się mieć trudność z odpowiednim reagowaniem w ważnych sytuacjach życiowych (APA, 2000). Są określane jako apatyczne, pozbawione energii i witalności, sprawiające wrażenie znudzonych i obojętnych na wszelkie bodźce pochodzące ze świata zewnętrznego (Millon i in., 2005). Przez innych ludzi czasem postrzegane są jako kontrolujące, pozbawione poczucia humoru, sztywne i niewrażliwe na uczucia ludzi ze swojego otoczenia (Johnson, 1998). Osoba z SZO przyjmuje postawę pogardliwą i cyniczną, zwłaszcza w stosunku do emocjonalnych i spontanicznych osób, które postrzega jako niezrównoważone i pozbawione kontroli. Nie jest zainteresowana nawiązywaniem relacji z innymi ludźmi, chyba że są to relacje zawodowe, chociaż nawet wtedy pozostaje wycofana i nieporadna społecznie. Zazwyczaj nie wchodzi w związki małżeńskie ani nie potrafi utrzymać bliskiej relacji z inną osobą; nie wykazuje także zainteresowania sferą seksualną (APA, 2000), sprawiając wrażenie osób aseksualnych. Jednostki ze SZO mają problem z odczytywaniem subtelnych komunikatów społecznych, a ich ocena intencji, celów i uczuć innych ludzi często jest błędna i oparta na nieistotnych przesłankach (Millon i in., 2005), co może mieć związek z zaburzeniem zdolności do mentalizacji osób ze SZO. Większość badań (Cramer i in., 2006) wskazuje na znacznie obniżoną jakość życia osób ze SZO w wielu różnych dziedzinach, takich jak: subiektywne poczucie dobrostanu, samorealizacja, wsparcie, obecność negatywnych wydarzeń życiowych etc.

7.2.3. Cechy jawne i ukryte

W swojej pracy Akhtar (1987) wskazał na fakt, że prezentowane na zewnątrz zachowania jednostki ze SZO mogą skrajnie różnić się od jej doświadczenia wewnętrznego. Sformułował więc opis jednostki schizoidalnej z podziałem na sześć obszarów funkcjonowania, porównując ze sobą jawne i ukryte cechy jej osobowości. Warto zaznaczyć, że podział ten nie jest równoznaczny z podziałem na świadome/nieświadome cechy osobowości, ale ukazuje raczej charakterystyczne dla osoby schizoidalnej rozszczepienie

i fragmentację *self*, związane z rozproszeniem tożsamości. W rezultacie jednostka ze SZO boryka się ze skrajnie sprzecznymi potrzebami, uczuciami i pragnieniami, co w efekcie daje specyficzny obraz psychopatologiczny (Akhtara, 1987, tabela 7.2).

Taki sposób ujmowania osobowości schizoidalnej wydaje się istotny dla teorii i praktyki klinicznej, ponieważ łączy podejście psychodynamiczne z deskryptywną charakterystyką cech schizoidalnych, prezentując złożoność zaburzenia i niewystarczającą moc eksplanacyjną uproszczonego podejścia klasyfikacyjnego (Akhtar, 1990).

Tabela 7.2. Przykłady jawnych i ukrytych cech osobowości schizoidalnej (Akhtar, 1987)

Obszar funkcjonowania	Cechy jawne	Cechy ukryte
Obraz siebie	uległość, samowystarczalność, brak asertywności, poczucie niższości, wyobcowanie	cynizm, brak autentyczności, poczucie pustki, onnipotencji, wielkościowości, depersonalizacja
Relacje interpersonalne	wycofanie, mała ilość przyjaciół, lęk przed bliskością, niewrażliwość na emocje innych osób	wrażliwość, głód miłości, zainteresowanie innymi osobami, potrzeba zaangażowania i relacji, zazdrość o spontaniczność innych
Adaptacja społeczna	preferowanie aktywności w samotności, tendencja do opieszałości i lenistwa, nieumiejętność funkcjonowania w grupie	brak ustalonych celów, czasem kreatywność i zdolność do odczuwania zainteresowania i pasji w określonej dziedzinie
Miłość i seksualność	aseksualność, brak zainteresowania wchodzeniem w romantyczne relacje	ukryta perwersyjność, kompulsyjne zachowania masturbacyjne, voyeryzm
Etyka, standardy i ideały	specyficzne moralne i polityczne przekonania, czasem zainteresowanie parapsychologią i mistycyzmem	czasem amoralność i tendencja do niestosownych zachowań, innym razem zdolność do altruizmu i poświęceń na rzecz innych
Styl poznawczy	nieobecność, roztargnienie, czasem pochłonięcie fantazjami	autyzm, fluktuacje pomiędzy intensywnym kontaktem z zewnętrzną rzeczywistością a skupianiem się na sobie

7.2.4. Typy osobowości schizoidalnej

Millon (Millon i in., 2005) opisał cztery typy osobowości schizoidalnej, będące odzwierciedleniem kombinacji czystych cech schizoidalnych z cechami charakterystycznymi dla innych zaburzeń osobowości. Poniżej przedstawiono krótką charakterystykę każdego z opisanych typów jednostki schizoidalnej.

- Typ pozbawiony uczuć (z cechami osobowości kompulsyjnej). Beznamiętny, cechujący się obojętnością i chłodem emocjonalnym, apatyczny i nieczuły. Jednostka całkowicie odizolowana od społeczeństwa, pozbawiona emocji i sztywna w kontaktach interpersonalnych.

- Typ apatyczny (z cechami osobowości depresyjnej). Charakteryzujący się niskim poziomem aktywacji, słabą ekspresją ruchową i brakiem energicznego działania. Ten typ cechuje się ociężałością, znużeniem i brakiem zdolności do odczuwania przyjemności. Jest wycofany poznawczo i ma mało zainteresowań.

- Typ bez osobowości (z cechami osobowości schizotypowej). Wyraźny brak kontaktu z innymi osobami i samym sobą, wydaje się nieobecny i żyjący w fantazji, tracący kontakt z rzeczywistością. Jest wycofany z kontaktu ze światem i niezainteresowany rzeczywistością zewnętrzną, sprawiając wrażenie całkowicie pochłoniętego przez swój świat wewnętrzny.

- Typ oddalony (z cechami osobowości unikającej i schizotypowej). Osoba o tym typie osobowości jest niedostępna, odizolowana i samotna. Charakterystyczne są niska samoocena, brak kompetencji społecznych, czasem depersonalizacja i myślenie autystyczne.

Według autorów powyższej klasyfikacji diagnoza typu osobowości oprócz swojej wartości opisowej ma także znaczenie dla określenia konkretnego postępowania terapeutycznego, które powinno być dostosowane do charakterystycznego dla każdego z typów sposobu funkcjonowania pacjenta.

7.2.5. Opis przypadku

Adam ma 33 lata i nigdy wcześniej nie korzystał z pomocy psychologa czy psychiatry. Jak sam przyznaje, nigdy nie uważał, aby taka pomoc była mu potrzebna; poza tym nie rozumie, w jaki sposób rozmowa z kimś miałyby coś zmienić w jego życiu. Do gabinetu został skierowany przez swojego lekarza pierwszego kontaktu, który podejrzewa u niego depresję i zaburzenia pod postacią somatyczną. Adam skarży się na częste bóle głowy i mięśni, problemy ze snem i „ogólne fizyczne rozbitcie”, badania lekarskie nie wykazały jednak żadnych nieprawidłowości. Przyznaje, że czasem nie czuje się najlepiej, ale „przecież każdy może mieć gorszy dzień” i na pewno nie jest to związane z depresją czy innymi problemami natury psychologicznej. Jak sam mówi, ma zwykłe problemy takie jak inni ludzie i nie bardzo widzi cel, jakiemu miałyby służyć wizyty u psychologa. W czasie spotkań pozostaje wycofany, obojętny, rzadko nawiązuje

kontakt wzrokowy i nie pokazuje emocji ani jakiegokolwiek pobudzenia, chociaż zawsze stara się odpowiadać na zadawane pytania.

Adam jest jedynakiem i do 30 r.ż. mieszkał z rodzicami. Nie było to dla niego problemem, chociaż irytował go brak spokoju i to, że „ciągle ktoś był w domu i czegoś od niego chciał”; poza tym starał się unikać rodziców i z nimi nie rozmawiać. Wyprowadził się za namową ojca, kiedy zdobył stałą pracę. Skończył studia ekonomiczne i pracował w małej rodzinnej firmie. Po roku został jednak zwolniony, ponieważ firma przenosiła się do innego miasta, a Adam nie był zainteresowany przeprowadzką. Od tego czasu nie ma stałej pracy. Utrzymuje się z pieniędzy rodziców i różnych dorywczych zajęć, które wykonuje kilka razy w roku. Chciałby znaleźć stałą pracę, ale jego zdaniem oferty, które znajduje, są albo poniżej jego kwalifikacji, albo pracodawcy mają zbyt duże wymagania, których on nie spełnia.

Adam nigdy nie miał bliskich kontaktów z rodzicami czy z rówieśnikami. Z jego relacji wynika, że od najwcześniejszych lat był wycofany i nie wykazywał zainteresowania innymi ludźmi. Był grzecznym i spokojnym dzieckiem, lubił bawić się w samotności i, jak mówi jego mama, „w ogóle nie trzeba było się nim zajmować”. W szkole podstawowej i liceum nie był szczególnie lubiany, ale też nie zabiegał o to – nie lubił aktywności, które lubili jego rówieśnicy, takie jak granie w piłkę, chodzenie w różne miejsca, potem spotykanie się na imprezach towarzyskich – здаwały się nie sprawiać mu przyjemności, uważał je za głupie i będące stratą czasu. Wolał być w tym czasie w domu i „zajmować się swoimi sprawami”, tak jest zresztą do dzisiaj. Zapytany, co to są za aktywności, nie potrafi odpowiedzieć na pytanie. Spędza większość czasu, czytając gazety, oglądając telewizję czy korzystając z Internetu, czasami ogląda filmy, rzadko czyta książki. Nie ma szczególnych zainteresowań i nie jest w stanie wskazać, jakie zajęcie sprawia mu w życiu najwięcej przyjemności.

Adam ma bardzo małe doświadczenie, jeśli chodzi o związki z kobietami. Relacjonuje, że przez bardzo długi okres w ogóle nie zauważał ich istnienia. Dopiero pod koniec studiów zainteresowała się nim jedna z koleżanek z grupy. Pamięta, że była dość męcząca i natarczywa, zagadywała na korytarzu, wysyłała wiadomości i bardzo chciała się z nim umówić. Uważał ją za ładną dziewczynę, poza tym wszyscy ludzie, których znał, mieli już jakiś związek za sobą, zgodził się więc na kilka spotkań, które zawsze były aranżowane przez Martę. Spotykali się przez dwa miesiące, byli razem w kinie i w restauracji, nawet ją polubił i dobrze czuł się w jej towarzystwie. Z czasem dochodziło jednak do coraz większych nieporozumień, i Adam nie mógł zrozumieć zachowania Marty. Mówiła, że jest dla niej obojętny, ciągle znudzony i nieczuły; że traktuje ją jak koleżankę;

czuje, że mu przeszkadza i nie jest do niczego potrzebna. Adam poczuł się niezręcznie, nie rozumiał jej zarzutów, bo starał się być dla niej miły i prawie nigdy nie odmawiał, kiedy Marta nalegała na spotkanie. Postanowił zakończyć znajomość, mówiąc, że nic przecież jej nie obiecywał i tak naprawdę nie byli oficjalnie parą. Marta miała do niego duży żal, płakała i krzyczała na niego, co jeszcze bardziej utwierdziło go w swojej decyzji. Adam jest przekonany, że Marta była bardzo nieprzewidywalna i zbyt łatwo traciła nad sobą kontrolę. To nie była dziewczyna dla niego. Teraz uważa, że z dziewczynami są same problemy, więc nie spieszy mu się do kolejnego związku. Nigdy nie zastanawiał się nad tym, czy chciałby kiedykolwiek założyć rodzinę.

7.3. Kryteria stosowane w diagnozie różnicowej

Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (2000) rozpowszechnienie SZO w populacji to około 1%, przy czym występuje ono częściej u mężczyzn niż u kobiet. Późniejsze badania (Grant, 2004, za: Thylstrup, Hesse, 2009) wykazały jego występowanie u 3,1% populacji mieszkańców Stanów Zjednoczonych; natomiast ostatnio wskazuje się na znaczne obniżenie tego wskaźnika i uznaje za najrzadziej diagnozowane spośród wszystkich zaburzeń osobowości (Millon, 2011). Zaburzenie to jest stosunkowo często diagnozowane u osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków oraz cierpiących na depresję i zaburzenia lękowe. W praktyce klinicznej SZO rzadko występuje w czystej postaci; najczęściej spotyka się zaburzenia mieszane z cechami osobowości schizotypowej i unikającej (APA, 2000).

Osobowość schizoidalna a schizofrenia. Według zaleceń zawartych w podręczniku DSM-IV R (2000), aby rozpoznać SZO musi być ono obecne przed wystąpieniem objawów psychotycznych i utrzymywać się także po ich ustąpieniu. Wiele z cech charakterystycznych dla jednostki schizoidalnej może jednak przypominać negatywne objawy schizofrenii, relacja między tymi dwoma zaburzeniami nie jest jeszcze do końca jasna. Według Gabbar-da (2009) osobowość schizoidalna nie wykazuje genetycznych związków ze schizofrenią, w przeciwieństwie do osobowości schizotypowej, która może być uważana za jej odmianę. Millon i in. (2005) wskazują natomiast na fakt, że SZO może poprzedzać wystąpienie schizofrenii lub innych zaburzeń psychotycznych, co wiąże się zazwyczaj z przerysowanym przedklinicznym wzorcem zaburzenia. Wyniki badań na ten temat pozostają niejednoznaczne. Schizoidalne zaburzenie osobowości jest jednym z najczęściej diagnozowanych ZO poprzedzających wystąpienie schizofrenii (Rodriguez Solano, Gonzalez De Chavez, 2000), jednak prawdopodobieństwo wystąpienia SZO

u rodzin osób ze zdiagnozowaną schizofrenią w różnych badaniach (Maier i in., 1994; Torgensen i in., 1993; za: Chang, 2002) waha się pomiędzy 0,7% a 1,5%, czyli pozostaje na poziomie zbliżonym do ogólnej populacji. W badaniach Wolff (1992) wykazano jednak, że prawdopodobieństwo zachorowania na schizofrenię jest siedem razy większe u osoby ze SZO niż u osób z grupy kontrolnej, a w badaniach Cuesta i in. (1999) wykazano związek pomiędzy nasileniem schizoidalnych cech osobowości występujących przed pierwszym rzutem schizofrenii a nasileniem negatywnych i pozytywnych symptomów choroby.

Osobowość schizoidalna a schizotypowa. W obu tych zaburzeniach osobowości centralnymi objawami są wycofanie społeczne i zawężony lub nieadekwatny afekt. W definicji osobowości schizotypowej obecne są również objawy charakterystyczne dla schizofrenii, takie jak: idee odnoszące, dziwne przekonania i magiczne myślenie, niezwykle doznania percepcyjne, ekscentryczne zachowanie czy nastawienie urojeniowe (APA, 2000). Millon i in. (2005) uważają, że zaburzenie schizoidalne i schizotypowe można przedstawić na kontynuum, gdzie zaburzenie schizotypowe jest poważniejszym przejawem zaburzeń charakterystycznych dla osobowości schizoidalnej, w którym w wyniku defektów mających najprawdopodobniej podłoże genetyczne dochodzi do strukturalnych zniekształceń osobowości. Za tą tezę przemawiają wyniki badań (Battaglia i in., 1995), w których wykazano większe prawdopodobieństwo wystąpienia SZO u krewnych z zaburzeniem schizotypowym, co może sugerować istnienie pewnego spektrum opisywanych zaburzeń.

Osobowość schizoidalna a obsesyjno-kompulsyjna. Niektóre cechy osobowości obsesyjno-kompulsyjnej, takie jak dystansowanie się od otoczenia, oziębłość emocjonalna, sztywność w zachowaniu czy nadmierna intelektualizacja, są również charakterystyczne dla osobowości schizoidalnej. Osoby obsesyjne jednak, mimo że przejawiają wiele trudności w obszarze nawiązywania i utrzymywania relacji interpersonalnych, generalnie są osobami towarzyskimi, z bardzo silną potrzebą aprobaty społecznej i uzyskania szacunku od otoczenia; przejmują się konwenansami i regułami życia społecznego, które dla osoby schizoidalnej nie mają znaczenia (McWilliams, 2009). Są również zdolne do odczuwania dojrzałej miłości, poczucia winy, żałoby czy smutku; nie przejawiają zaburzeń tożsamości oraz obronnego rozszczepienia, tak charakterystycznych dla osób schizoidalnych. W historii życia osoby obsesyjno-kompulsyjnej nie ma zazwyczaj traumatycznego wydarzenia w okresie wczesnego dzieciństwa, które często może pojawiać się w historii osoby ze SZO (Akhtar, 1987).

Osobowość schizoidalna a unikająca. Oba te zaburzenia charakteryzują się brakiem bliskich kontaktów interpersonalnych i preferowaniem samotnej

aktywności. Osoby unikające odczuwają jednak potrzebę tworzenia bliskich relacji, ale perspektywa ta napełnia je ogromnym lękiem przed krytyką, ośmieszeniem czy odrzuceniem (APA, 2000). Osoba schizoidalna w swoim poczuciu pozostaje sama, ponieważ w ten sposób nie musi mierzyć się z problemami związanymi z funkcjonowaniem w relacji z innymi osobami. Biorąc pod uwagę etiologię tego zaburzenia, można przypuszczać, że u źródła unikania bliskich związków także leży lęk przed odrzuceniem, jest on jednak głęboko nieuświadomiony i bardziej pierwotny niż w przypadku osobowości unikającej.

Osobowość schizoidalna a zaburzenia ze spektrum autyzmu. W tym przypadku diagnoza różnicowa może nastręczać wiele trudności. Dla łagodnych przejawów autyzmu czy zespołu Aspergera charakterystyczne są: wycofanie z relacji społecznych oraz stereotypowe zachowania i zainteresowania (Beck i in., 2004). Zarówno zaburzenia autystyczne, jak i SZO mogą objawiać się już we wczesnym okresie życia dziecka, co wiąże się z późniejszym zbliżonym obrazem psychopatologicznym. Zaburzenia te mogą także współwystępować, stawiając klinicystów przed pytaniem o związek przyczynowo-skutkowy: czy na skutek obecności wrodzonych cech autystycznych jednostka wykształciła schizoidalny styl funkcjonowania, czy też rozwinięcie się schizoidalnego zaburzenia osobowości było przyczyną powstania specyficznych cech autystycznych. Istnieją jednak pewne różnice w dynamice opisywanych zaburzeń. W przeciwieństwie do jednostki schizoidalnej, osoba z zespołem Aspergera izoluje się od otoczenia, ponieważ nie potrafi zaangażować się w żadną bliską relację z drugim człowiekiem. Osoba ze SZO natomiast na podstawowym poziomie jest zdolna do nawiązania relacji, natomiast niejako decyduje się unikać zaangażowania, ponieważ może ono spowodować zawłaszczanie lub pochłonięcie *self* jednostki przez inną osobę (Schane, 2012).

7.4. Etiologia schizoidalnego zaburzenia osobowości

7.4.1. Koncepcje biologiczne

Biologiczne koncepcje SZO należą do najstarszych założeń wyjaśniających etiologię tego zaburzenia i odwołują się do teorii temperamentu oraz koncepcji dotyczących cech konstytucjonalnych. Wśród tradycyjnych teorii najbardziej znana jest koncepcja Kretschmera (1925), który przyczyn schizoidalności upatrywał we wrodzonych deficytach biologicznej natury. Kretschmer w swoich pracach opisywał ilościowe kontinuum między zdrową osobowością a zaburzeniem psychicznym, gdzie temperament określany

jako schizotypiczny jest charakterystyczny dla: zdrowej osobowości (charakter schizotypiczny), zaburzenia osobowości (schizoidia) oraz choroby psychicznej (schizofrenii). Dla jednostki schizotypicznej charakterystyczna jest leptosomiczna budowa ciała (wątka budowa, wysoki wzrost, szczupła sylwetka) oraz następujące cechy charakteru: chłód uczuciowy, utrzymywanie dystansu, nieadekwatne reakcje emocjonalne i nieczułość (Świrydowicz, 2008). Kretschmer opisał również typ anestetyczny, odpowiadający jednostkom z osobowością schizoidalną, u których pod mało wyrazistą i nudną powierzchownością kryje się pustka emocjonalna, bezduszość, „mroczne nic” (za: Millon i in., 2005, s. 429). Anestetyk jest opisywany jako przejawiający konstytucjonalną i temperamentalną predyspozycję do braku adekwatnych reakcji emocjonalnych i całkowitej obojętności na otoczenie.

Współczesne teorie zaburzeń osobowości odwołujące się do koncepcji cech konstytucjonalnych przyjmują, że im głębsze jest zaburzenie, tym większe znaczenie dla jego kształtowania się mają czynniki biologiczne (Millon i in., 2005). Jak dotąd wyniki badań empirycznych na ten temat pozostają jednak niejednoznaczne. Zwłaszcza deficyty w sferze emocjonalnej osoby ze SZO, przejawiające się pod postacią znacznego zmniejszenia możliwości doznawania zarówno pozytywnych, jak i negatywnych przeżyć emocjonalnych, są uznawane przez niektórych autorów za mające podstawy biologiczne. Tak więc zaburzenia sfery emocjonalnej i motywacyjnej mogą sugerować pewien komponent biologiczny, np. chroniczną niską reaktywność i wysoki próg pobudzenia osób schizoidalnych. Biorąc pod uwagę koncepcję „Wielkiej Piątki” (McCrae, Costa, 1990), SZO można opisać jako zaburzenie charakteryzujące się niskim poziomem ekstrawersji, ugodowości i sumienności oraz wysokim poziomem neurotyzmu i otwartości na doświadczenia (związany z bogatym światem fantazji i dyfuzyjną tożsamością), co może wyjaśniać specyficzne funkcjonowanie poznawcze i społeczne osób ze SZO. Według neurobiologicznego modelu Cloningera (1999), który opisał osobowość na podstawie trzech wymiarów temperamentalnych (mających podłoże biologiczne i związanych z konkretnym systemem neuroprzekaźników), osobowość schizoidalna charakteryzuje się: słabą zależnością od nagród (co powoduje społeczne wycofanie z interakcji oraz brak wrażliwości na krytykę i pochwały ze strony innych osób), słabą tendencją do unikania szkód (co wiąże się z nadmierną pewnością siebie) oraz słabym poszukiwaniem nowych bodźców (co wiąże się z apatią i stereotypowym, sztywnym zachowaniem). W literaturze stawia się również pytanie o możliwość specyficznych anomalii w strukturze układu nerwowego prowadzących do cech osobowości charakterystycznych dla osób schizoidalnych, np. o anomalie w budowie i funkcjonowaniu układu limbicznego (odpowiedzialnego za reakcje emocjonalne) czy układu siatkowego (związanego z procesami aktywacji)

(Millon i in., 2010). Natomiast badania nad genetycznymi uwarunkowaniami schizoidalnych cech osobowości wskazują, że pewna część objawów może być dziedziczona; naukowcy nie są jednak jeszcze w stanie dokładnie określić wkładu oddziaływania genów na wystąpienie specyficznych objawów zaburzenia osobowości (Cierpiałkowska, 2007).

7.4.2. Koncepcje psychodynamiczne

W pracach Zygmunta Freuda nie pojawiał się problem osobowości schizoidalnej, chociaż niektóre z jego założeń dotyczących narcyzmu można zastosować do tego typu osobowości. Z pewnością jego twierdzenia dotyczące wczesnego rozwoju ego, mechanizmów obronnych oraz typu narcystycznego leżą u podłoża późniejszych prac poświęconych temu zagadnieniu (Akhtar, 1987). Spośród wszystkich koncepcji powstałych na gruncie klasycznej psychoanalizy największy wkład w rozumienie SZO ma brytyjska szkoła teorii relacji z obiektem, reprezentowana przez Melanie Klein (1923), Ronalda Fairbairna (1952) i Donalda Winnicota (1958), których myśl kontynuowali później Harry Guntrip (1969) i Ralph Klein (1995). Poglądy tych autorów zostaną pokrótce przedstawione w dalszej części rozdziału.

Melanie Klein szczegółowo opisała pozycję schizoidalno-paranoidalną, prymitywną organizację aparatu psychicznego, obejmującą konstelację popędów, obron i relacji z obiektem charakterystycznych dla jednostki w pierwszych miesiącach życia (Segal, 2005). Klein w swojej koncepcji nie odnosiła się bezpośrednio do SZO – według niej fiksacja na tej pozycji jest specyficzna dla zaburzeń o charakterze psychotycznym, jednak bez wątpienia wnosi bardzo duży wkład w rozumienie stanów schizoidalnych, obecnych także w zaburzeniach osobowości. W pozycji schizoidalno-paranoidalnej jednostka wchodzi w relację z obiektem częściowym, dokonując jego fragmentaryzacji. W wyniku masywnego rozszczepienia następuje kategoryzacja obiektów na dobre i złe, które następnie w wyniku introjekcji i projekcji tworzą dobre (idealne) i złe (prześladowcze) obiekty wewnętrzne i zewnętrzne. Dobry obiekt jest idealizowany, ponieważ jest źródłem gratyfikacji i przyjemnych doświadczeń, ponadto dziecko projektuje na niego swoje libidinalne impulsy. Analogicznie obiekt będący źródłem frustrujących doświadczeń staje się prześladowczym obiektem, co dodatkowo wzmacniane jest przez projekcję agresywnych impulsów dziecka (Segal, 2005). Dominującymi mechanizmami obronnymi w tej pozycji są: rozszczepienie, identyfikacja projekcyjna, magiczne omnipotentne zaprzeczanie oraz idealizacja i omnipotentna kontrola obiektów zewnętrznych i wewnętrznych (Klein, 1923). Mechanizm rozszczepienia umożliwia *ego* posiadanie idealnego obiektu i obronę przed obiektem prześladowczym; projekcja i introjekcja

pozwalają natomiast na kontrolę dobrego i złego obiektu rozszczepionego. Poprzez projekcję niemowlę usuwa złe doświadczenia, lokując je w obiekcie; poprzez introjekcję dąży do wchłonięcia dobrego obiektu i posiadania go wewnątrz. Wskutek toczących się przemian te właśnie mechanizmy, które początkowo służyły obronie przed lękiem, same stają się jego źródłem. Identyfikacja projekcyjna umożliwia zachowanie ciągłości relacji z dobrym obiektem i jednoczesną kontrolę prześladowającego obiektu, natomiast identyfikacja introjekcyjna służy zachowaniu dobrego obiektu i kontrolowaniu złego we własnym wnętrzu (Segal, 2005). Według Klein prymitywne rozszczepienie tworzy pewną podstawę do późniejszych mechanizmów obronnych związanych np. z obronnym utrzymywaniem uczuć i myśli w separacji od siebie, a więc dla charakterystycznych dla SZO mechanizmów izolacji, zaprzeczania czy racjonalizacji. Pozycja schizoidalno-paranoidalna może zostać przekroczona, gdy popędy libidinalne przeważają nad agresywnymi, co zależy w równym stopniu od czynników genetycznych, jak i od odpowiedzi środowiska zewnętrznego na potrzeby dziecka i jakości rzeczywistych relacji z opiekunem. Natomiast gdy na skutek dominacji frustrujących doświadczeń nad gratyfikującymi pojawiają się dwa czynniki zakłócające optymalny rozwój jednostki – zawiść i zachłanność, dochodzi do fiksacji na pozycji schizoidalno-paranoidalnej. Zachłanność jest pochodną niezaspokojonych popędów libidinalnych i jej mechanizm polega na uniemożliwieniu przyjęcia gratyfikacji i skorzystania z dobrego obiektu w introjekcji. Dziecko jest zdolne do cieszenia się gratyfikacją tylko w momencie jej otrzymywania, w związku z tym stara się pojąć wszystkie dobre cechy obiektu, wykraczające ponad jego potrzeby, bez względu na konsekwencje. W rezultacie obiekt w fantazji dziecka może ulec przypadkowemu zniszczeniu (Klein, 1923). Zawiść natomiast stanowi pochodną popędów destrukcyjnych i powoduje niezdolność jednostki do utrzymania dobrego obiektu, który musi zostać zniszczony przez zawistny atak za każdym razem, gdy dziecko odczuwa zależność wobec dobrej właściwości obiektu. Stara się ono osiągnąć dobre cechy obiektu, ale gdy okazuje się to niemożliwe – dąży do ich zniszczenia. Jednostka broni się przed zawiścią poprzez idealizację obiektu lub identyfikację z wyidealizowanym obiektem. Zachłanność i zawiść są ze sobą ściśle związane i działają jednocześnie, co powoduje wzrost lęków prześladowczych. Jednostka próbuje utrzymać jedność *self* i obiektu, a pod wpływem silnej wrogości rozszczepienie staje się coraz silniejsze, co uniemożliwia integrację *ego*. Ponadto rzeczywistość zewnętrzna i wewnętrzna zlewa się w jedno, co jest konsekwencją patologicznego działania identyfikacji projekcyjnej i introjekcyjnej. Dla osobowości schizoidalnej charakterystyczne są zaburzenia związane z różnicowaniem rzeczywistości wewnętrznej od zewnętrznej, *self* od obiektu, przejawiające się głównie pod postacią zaburzeń tożsamości – braku ciągłości doświadczeń czy tworzeniu się tzw. tożsamości

przejętej, ustalonej na podstawie tożsamości innych osób. W pozycji schizoidalno-paranoidalnej dziecko nie ma również zdolności do badania rzeczywistości, ponieważ musi bronić się przed percepcją zewnętrznego świata nieodłącznie związaną z frustracją i cierpieniem. W fiksacji na tej pozycji często występują problemy z testowaniem rzeczywistości – w przypadku osób ze SZO najczęściej odnoszące się do aspektów rzeczywistości związanych z funkcjonowaniem społecznym. Jednostka ze SZO, w rozumieniu teorii Klein, nie wyszła więc poza pozycję schizoidalno-paranoidalną, gdzie głównym lękiem pozostaje lęk przed unicestwieniem Ja, i nie przechodzi do pozycji depresyjnej, gdzie pojawia się uznanie dla uzależnienia od obiektu i lęk przed jego utratą oraz zdolność do rozpoznawania własnych popędów (Segal, 2005). Jednostka schizoidalna nie potrafi więc kochać i troszczyć się o innych ludzi, pozostając zaabsorbowana zagrożeniem utraty własnego *self*.

Fairbairn (1952) rozwinął Kleinowską koncepcję pozycji, wnosząc duży wkład w rozumienie specyficznych stanów schizoidalnych. Problem schizoidalny uważał za centralny dla całej psychopatologii, od psychoz przez zaburzenia osobowości po nerwice, za co w dużej mierze był krytykowany przez współczesnych sobie teoretyków. Według jego koncepcji początki schizoidalnego wycofania występują w pierwszym roku życia dziecka, czyli w kleinowskiej pozycji schizoidalno-paranoidalnej. Podstawową tezę Fairbairna jest założenie, że celem libido jest dążenie do relacji z obiektem. Dramat osoby schizoidalnej polega na tym, że z powodu lęku zmuszona jest odciąć się od wszelkich relacji z obiektem (Guntrip, 1969). Łączy się to z wysokim poziomem niepokoju i frustracji, więc jednostka zaprzecza podstawowej potrzebie poszukiwania i wchodzenia w relację z dobrymi obiektami, wycofując się ze związków ze światem zewnętrznym do swojego świata wewnętrznego. We wczesnym doświadczeniu osoby schizoidalnej matka jest odbierana jako osoba opuszczająca, nieobecna, karząca i niecierpliwa, więc także wewnętrzny świat osoby schizoidalnej pełen jest złych, odrzucających i niekochających obiektów. Dziecko identyfikuje się z takimi wewnętrznymi złymi obiektami, które stają się integralną częścią jego osobowości. Nie mogąc uzyskać tego, czego najbardziej potrzebuje od obiektu, stara się zawładnąć obiektem swojej miłości, tak aby nigdy więcej nie narażać się na frustrację. W efekcie pozostaje ciągle spragniona i głodna miłości, a podstawowym problemem schizoidalnym staje się miłość, która prowadzi do głodu. Jednostce towarzyszy ciągły lęk, że ta zachłanna i nienasycona miłość stanie się niszcząca dla obiektu. Wyrażanie miłości staje się zbyt niebezpieczne, więc osoba schizoidalna wycofuje się ze wszystkich związków w świecie zewnętrznym, tak aby nie doprowadzić do całkowitego zniszczenia i pochłonięcia obiektu, bez którego nie może przecież istnieć. W wyniku masywnej projekcji nieakceptowanych impulsów to obiekt staje się teraz zachłanny i niebezpieczny, a osoba schizoidalna boi się bycia przez niego

zagarniętą i unicestwioną (Gabbard, 2009). Osoba schizoidalna nieustannie zmaga się z dylematem – nie może być w związku z inną osobą, ale nie może także być sama, ponieważ w każdej z tych sytuacji ryzykuje utratę *self* i obiektu. W rezultacie silnie walczy o zachowanie swojej niezależności, jednocześnie niezwykle cierpiąc z powodu swojej samotności. W taki sposób Fairbairn opisuje charakterystyczny konflikt schizoidalny między postawą „od” i „do”; między kurczowym trzymaniem i panicznym uciekaniem od obiektu; dotyczący oscylowania między obawą, że niezaspokojone pragnienia osoby schizoidalnej pochłoną obiekt, a strachem przed byciem pochłoniętym przez obiekt zagrażający. Lęk staje się nie do wytrzymania, a jedynym sposobem na pozbycie się go jest całkowite wycofanie się z relacji z obiektem, prowadzące do emocjonalnej izolacji, a później do zbudowania specyficznej dla osób schizoidalnych mechanicznej, zablokowanej osobowości. Jednostka całkowicie wycofuje libido do wewnątrz i zamyka się w szczelnej skorupie, a wszystko co dotyczy świata zewnętrznego staje się nieistotne, nieważne, „za szybą” – to poczucie „powierzchnowości” uważa Fairbairn za niezwykle szczególne dla osobowości schizoidalnej (Guntrip, 1969).

Winnicott (1958) opisywał osobowość schizoidalną jako przejaw „fałszywego *self*”. Według jego założeń, pod maską uступliwości i pewnej apatii osoby schizoidalnej leżą silne lęki dotyczące dezintegracji *self*, utraty kontaktu ze swoim ciałem i całkowitej dezorientacji. Fałszywe *self* nigdy nie jest w pełni prawdziwe i autentyczne, stąd ciągle poczucie wyalienowania i nie-realności towarzyszące osobom schizoidalnym. Winnicott podkreślał jednak, że fałszywe *self* nie jest jedynie sztuczną maską, ale pełni przede wszystkim funkcję ochronną dla prawdziwego *self*, które w przypadku osoby z patologią osobowości jest zbyt słabe, aby zmierzyć się ze światem zewnętrznym (Akhtar, 1987). Winnicott twierdził, że charakterystyczna dla osób schizoidalnych izolacja pozwala na zachowanie pewnego stopnia autentyczności, ponieważ wycofanie z relacji interpersonalnych sprzyja nawiązaniu łączności z prawdziwym *self* (Gabbard, 2009).

Guntrip (1969) rozwijał dalej myśl Fairbairna i Winnicotta, jeszcze dokładniej opisując sposób funkcjonowania jednostki schizoidalnej. W swoich pracach przedstawiał specyficzny sposób wchodzenia w relacje z obiektem, zdominowany przez wahania pomiędzy dążeniem do separacji od obiektu (kiedy jednostka czuje się tłamszona i pochłaniana przez obiekt), a zbliżaniem się do niego (wymuszonego przez poczucie zagubienia i brak bezpieczeństwa). Dla tak ukształtowanej pełnej schizoidalnej osobowości charakterystyczne stają się następujące cechy: introwersja, związana z całkowitym skierowaniem libido do wewnątrz i oddaniu się życiu w fantazji; samowystarczalność; poczucie wyższości, będące kompensacją ukrytej zależności od innych osób; narcyzm; utrata afektu w zewnętrznych sytuacjach; skłonność

do regresji; samotność oraz depersonalizacja, związana z utratą poczucia indywidualności i tożsamości (Guntrip, 1969). Ralph Klein (1995), który zajmował się kliniczną użytecznością tych teoretycznych założeń, pogrupował opisywane przez Guntripa wskaźniki na trzy podgrupy, reprezentujące typy SZO: czysty typ schizoidalny (główne cechy to wycofanie, introwersja i brak afektu), typ pseudonarcystyczny (narcyzm, samowystarczalność i poczucie wyższości) oraz typ *pseudoborderline* (samotność, depersonalizacja i skłonność do regresji). Świadomość istnienia opisywanych typów jest bardzo ważna przy diagnozie różnicowej zaburzenia.

Kolejną ze znaczących koncepcji powstałych na gruncie klasycznej psychoanalizy jest teoria Otto Kernberga (1970). Jego zdaniem SZO związane jest z najniższym poziomem patologicznej organizacji charakteru – organizacją osobowości *borderline* niskiego poziomu, i jest wynikiem fiksacji w fazie separacji-indywiduacji, a więc na etapie różnicowania się *self* od obiektu. Schizoidalne zaburzenie osobowości określa jako najmniej złożone ze wszystkich zaburzeń osobowości, będące czystą ekspresją cech charakterystycznych dla OOB. Z rozwojowego punktu widzenia SZO wykazuje związki ze schizotypowym zaburzeniem osobowości (określanym jako bardziej poważna forma SZO), paranoicznym zaburzeniem osobowości (cechującym się wyższym poziomem agresji i dominującym mechanizmem projekcji) oraz z charakterami hipochondrycznymi i obsesyjno-kompulsyjnym zaburzeniem osobowości (Kernberg, 2004). Z perspektywy strukturalnej SZO charakteryzuje się słabo zintegrowanym i surowym *superego*, stosowaniem masywnego mechanizmu rozszczepienia, zaburzeniami tożsamości, silną patologią związków z obiektem oraz zaburzeniami testowania rzeczywistości. Kernberg przedstawia jednostki schizoidalne jako niezdolne do całościowego postrzegania siebie samych i innych osób, u których rozproszona tożsamość, stosowanie prymitywnych mechanizmów obronnych i obronny brak afektu prowadzą do chronicznego uczucia wewnętrznej pustki (Kernberg, 1975). Schizoidalne zaburzenie osobowości jest zaliczane przez Kernberga do zaburzeń o charakterze introwertywnym, co wiąże się z charakterystycznymi dla osoby ze SZO cechami temperamentalnymi.

7.4.3. Styl przywiązania do opiekuna a cechy osobowości schizoidalnej

Charakterystyczne dla osób schizoidalnych wycofanie z kontaktów społecznych oraz strategie regulacji emocjonalnej mogą być wyjaśniane także na gruncie teorii przywiązania (Parpottas, 2012). Wielu badaczy opisuje zaburzenia osobowości jako efekt nieprawidłowego rozwoju więzi przywiązaniowej z opiekunem, a styl przywiązania i określone zaburzenie osobowości

mogą być przedstawiane jako różne poziomy tego samego zjawiska. W sytuacji gdy figura przywiązania (opiekun, najczęściej matka) pozostaje niedostępna, odrzucająca lub niespójna w stosunku do dziecka, nie ma wystarczających warunków do nawiązania tzw. bezpiecznej więzi przywiazaniowej. Wewnętrzne modele operacyjne przywiązania organizują się natomiast we wzorzec zwany pozabezpiecznym stylem przywiązania, a dziecko w sytuacji zagrażającej stosuje wtórne strategie: hiperaktywacyjne lub dezaktywacyjne, które w późniejszym życiu uruchamiane są w każdej bliskiej relacji interpersonalnej (Bowlby, 1969). Badania wykazują (Sherry i in., 2007; Shorey, Snyder, 2006), że osoby ze SZO najczęściej przejawiają pozabezpieczny styl przywiązania, charakteryzujący się stosowaniem strategii dezaktywacyjnych, nazywany przywiązaniem unikającym; istnieje również negatywna korelacja między występowaniem cech schizoidalnych a lękowym stylem przywiązania (związanym ze strategiami hiperaktywacyjnymi) (Sherry i in., 2007). Określony styl przywiązania warunkuje funkcjonowanie jednostki w sferze poznawczej, emocjonalnej i behawioralnej, wpływając na całościowy wzorzec osobowości osoby schizoidalnej.

Dzieci, które wykształciły unikający styl przywiązania do opiekuna, zachowują się tak samo w obecności matki, jak obcej osoby, a w sytuacji rozstania nie dążą do odnowienia kontaktu po jej powrocie. Matki osób unikających (z powodu własnych cech podmiotowych lub w odpowiedzi na specyficzne cechy temperamentalne dziecka) prawdopodobnie wycofywały się z kontaktu, kiedy wyrażało ono potrzebę bliskości, rzadko dążyły do fizycznego kontaktu z dzieckiem oraz przejawiały więcej złości oraz mniej pozytywnych emocji niż matki dzieci przywiązanych w sposób bezpieczny. W późniejszym okresie, osoba dorosła całkowicie zaprzecza swojej potrzebie bliskości i więzi, pozostając pełną dystansu wobec świata społecznego (Król-Kuczkowska, 2008), unikając zależności oraz hamując wszelkie nieprzyjemne myśli i bolesne wspomnienia związane z figurą przywiązania. Taka strategia, nazywana obronnym wykluczeniem, ma na celu zapobiec ewentualnemu antycypowanemu odrzuceniu ze strony bliskiej osoby. W obliczu sytuacji zagrażającej osoby unikające silnie dystansują się od źródła cierpienia, zarówno w aspekcie poznawczym, jak i behawioralnym; badania wykazują jednak, że dzieje się tak tylko na świadomym poziomie, podczas gdy w sferze nieświadomości osoby unikające pozostają wrażliwe na tematy dotyczące przywiązania, np. wykazują wrażliwość na strach przed śmiercią (Shaver, Mikulincer, 2002). Dla osób unikających charakterystyczny jest rozdział między sferą świadomych i nieświadomych wewnętrznych modeli operacyjnych przywiązania, odpowiedzialnych za sposób postrzegania siebie samego i innych ludzi. Na poziomie świadomym *self* jest odbierane jest jako dobre, silne i kompletne, a inni niegodni zaufania i groźni; na po-

ziomie nieświadomym jednak *self* pozostaje zależne, bezradne i bezbronne, podczas gdy inni ludzie krzywdzący i odrzucający (Wallin, 2007).

Badania nad aktywacją systemu przywiązania (dostępnością reprezentacji figury przywiązania w sytuacji zagrażającej) wykazały, że u osób unikających dochodzi do niej w sposób automatyczny, na nieświadomym poziomie, co znajduje odzwierciedlenie w niezgodności danych uzyskiwanych z metod samoopisowych a projekcyjnych i dotyczących pobudzenia fizjologicznego (Mikulincer, 1995). Osoby unikające wykazują więc naturalną potrzebę poszukiwania bliskości w sytuacji stresowej, jednak w wyniku określonych doświadczeń wczesnodziecięcych nauczyły się hamować tę potrzebę w sytuacjach zagrażających związanych z tematem przywiązania i relacji interpersonalnych.

Strategie dezaktywacyjne można zaobserwować w warunkach eksperymentalnych, badając sposób radzenia sobie z myślami o rozstaniu z ważną osobą (Shaver, Mikulincer, 2002). Osoby unikające lepiej niż osoby z innym stylem przywiązania potrafiły zablokować myślenie o bolesnym zerwaniu, gdy zostały o to poproszone przez eksperymentatora (Fraley, Shaver, 1997). Dystansowanie się od zagrażających myśli osiąganę jest nie tyle poprzez aktywne wypieranie bolesnych wspomnień z pamięci, ile stosowanie strategii opartych na odwracaniu uwagi oraz uniemożliwianiu szczegółowego zapamiętywania informacji związanych z przykrym doświadczeniem. Badania wykazały również mniejszą dostępność wspomnień związanych z odczuwaniem smutku i lęku oraz ogólną mniejszą intensywność negatywnych emocji wzbudzanych przez różne wydarzenia u osób stosujących strategię dezaktywacyjną w porównaniu z osobami stosującymi strategię hiperaktywacyjną (Mikulincer, Orbach, 1995). Warto zauważyć, że myśli zazwyczaj niedostępne dla osoby o unikającym stylu przywiązania (np. związane z groźbą porzucenia przez partnera) stają się bardziej aktywne w sytuacji obciążającej poznawczo (Shaver, Mikulincer, 2002), a także w sytuacji traumatycznej, kiedy może dojść do całkowitego załamania strategii dezaktywacyjnych.

Dla osoby o unikającym stylu przywiązania charakterystyczny jest również specyficzny sposób funkcjonowania emocjonalnego. Przypuszcza się, że obrona przed odczuwaniem negatywnych emocji prowadzi także do zmniejszonej intensywności w odczuwaniu pozytywnych stanów emocjonalnych (Mikulincer, 1995). Również doświadczanie poszczególnych emocji osób unikających różni się od doświadczania ich przez osoby przywiązane w sposób bezpieczny lub pozabezpieczny, ale stosujących strategię hiperaktywacyjną. Wykazano na przykład, że osoby unikające odczuwają emocję, którą można określić jako „zdysocjowaną złość” (Mikulincer, 1998). Jednostka nie jest świadoma odczuwanej złości, ale ma tendencję do projektowania wrogości na otoczenie i odczuwania silnego nieprzyjemnego pobudzenia

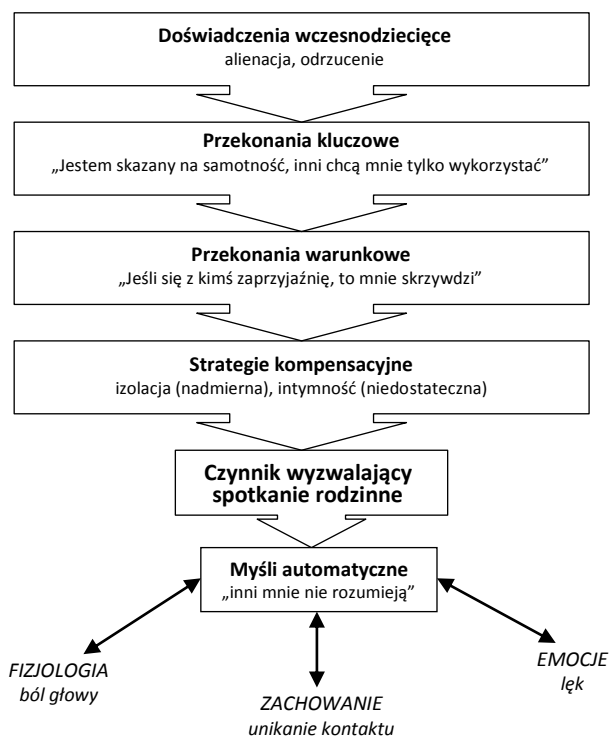
fizjologicznego. Okazuje się, że obronna projekcja własnych nieakceptowanych cech na inne osoby z otoczenia jest często stosowana przez osoby unikające i ma duże znaczenie dla utrzymywania się zniekształconego obrazu siebie oraz innych osób, a także dla wzmacniania podziału między *self* a innymi ludźmi.

Wiele z symptomów przypisywanych SZO znajduje swoje wyjaśnienie w opisanych wyżej mechanizmach dotyczących systemu przywiązania. Lęk przed bliskością i zależnością, strach przed odrzuceniem oraz problemy z regulacją emocjonalną, tak charakterystyczne dla osób schizoidalnych, mogą mieć swoje źródło w unikającym stylu przywiązania i stosowanych strategiach dezaktywacyjnych. Warto jednak pamiętać, że wewnętrzne modele operacyjne przywiązania mogą różnić się w zależności od relacji, której dotyczą, co oznacza, że na pewnym poziomie osoby schizoidalne mogą być zdolne do stworzenia satysfakcjonującej relacji z niektórymi osobami, mimo że ich ogólny wzorzec funkcjonowania interpersonalnego pozostaje poważnie zaburzony (Parpottas, 2012).

7.4.4. Koncepcje poznawczo-behawioralne

Poznawcze koncepcje zaburzeń osobowości opisują, w jaki sposób specyfika struktur poznawczych prowadzi do powstania patologii. Model poznawczy zakłada, że emocje i zachowanie jednostki zależą nie tyle od rzeczywistych wydarzeń życiowych, ile od tego, w jaki sposób są one postrzegane i rekonstruowane poznawczo (Beck i in., 2005). Podstawowym przekonaniem osoby ze SZO jest przekonanie o potrzebie przestrzeni w związkach z innymi ludźmi, a przyjętą strategią izolacja i autonomia. W historii osoby schizoidalnej dominuje motyw odrzucenia przez bliskie osoby z otoczenia – rodzinę i rówieśników, prowadzące do poczucia wyobcowania, odmienności i bycia gorszym od innych. W efekcie powstaje negatywny obraz samego siebie, w którym nadrzędną wartością staje się utrzymanie niezależności od innych ludzi, którzy są postrzegani jako wrodzy, nieprzydatni i kontrolujący (Beck i in., 2005). Kluczowe przekonania na własny temat mają formę przeświadczenia o odmienności i nienormalności; inni ludzie postrzegani są jako wykorzystujący i przynoszący rozczarowanie; a świat jako miejsce nieprzyjazne i okrutne. Typowe przekonania kluczowe to: „potrzebuję dużo przestrzeni”, „inni ludzie tylko komplikują moje życie”. Powstałe na bazie przekonań kluczowych przekonania warunkowe to np. „jeśli się do kogoś zbliżę, to rozpozna, że jestem inny, więc mnie odrzuci i ośmieszy”, „jeśli inni zobaczą, że jestem słaby i się boję, to zaczną to wykorzystywać przeciwko mnie”. Gdy zadziała czynnik wyzwalający (związany z konkretną sytuacją), u jednostki ze SZO pojawiają się myśli automatyczne dotyczące wyobcowania i wrogości wobec innych osób, które

powodują określone funkcjonowanie jednostki w sferze behawioralnej (unikanie kontaktów społecznych), emocjonalnej (lęk, poczucie dyskomfortu) i fizjologicznej („pustka w głowie”, depersonalizacja, pocenie się) (Beck i in., 2005). W efekcie osoby ze SZO w nadmiernym stopniu stosują strategię izolacji i autonomii, która ma chronić jednostkę schizoidalną przed groźnymi i niszczącymi relacjami z innymi ludźmi (mogą być one nawiązywane tylko w określonym celu, np. seksualnym lub zawodowym). Strategie behawioralne niedostatecznie stosowane przez jednostki ze SZO to strategie związane z intymnością czy wzajemnością (Leahy i in., 2005). Na charakterystyczny brak rozumienia sytuacji społecznych i błędne interpretacje zachowań innych osób wpływają także stosowane przez osoby ze SZO zniekształcenia poznawcze, takie jak nadmierne uogólnianie („wszyscy ludzie są dla mnie zagrożeniem”), katastrofizacja („jeśli pozwolę się komuś do mnie zbliżyć, to na zawsze utracę mój spokój”), myślenie dychotomiczne („ludzie albo się mną nie interesują, albo od razu wchodzą z butami w moje życie”). Na rysunku 7.1 przedstawiono sposób konceptualizacji SZO według koncepcji poznawczo-behawioralnych.



Rys. 7.1. Konceptualizacja schizoidalnego zaburzenia osobowości w teorii poznawczo-behawioralnej. Opracowano na podstawie: Beck i in., 2005; Leahy i in., 2005.

7.4.5. Bio-psycho-społeczna koncepcja Theodore'a Millona

Millon (Millon i in., 2005) w swojej koncepcji zaburzeń osobowości podjął próbę integracji głównych podejść teoretycznych dotyczących psychologii osobowości. Jej założenia wywodzą się z teorii ewolucji i opisują znaczenie czynników biologicznych, psychicznych i społecznych dla powstania zaburzenia osobowości. Jednostka ze SZO opisywana jest jako bierna (dostosowująca się do środowiska), słabo zorientowana zarówno na ból, jak i na przyjemność oraz stosująca strategię zorientowaną na „ja”. Obok osobowości unikającej i depresyjnej, opisywana jest jako osobowość charakteryzująca się deficytem przyjemności. Przyczyną powstania tego zaburzenia osobowości mogą być zarówno specyficzne deficyty biologiczne (np. dotyczące zdolności do przeżywania emocji), jak i doświadczenia wczesnodziecięce (np. niewystarczająca opieka rodzicielska), które wpływają na specyficzny dla jednostki wzorzec funkcjonowania w wielu dziedzinach życia. Bardziej szczegółowym poziomem opisu stosowanym przez Millona jest odwołanie się do pewnych specyficznych funkcji i aspektów strukturalnych, tworzących matrycę atrybutów dla każdego z zaburzeń osobowości w ośmiu wyróżnionych obszarach. Obszary funkcjonalne i strukturalne charakterystyczne dla SZO przedstawiono w tabeli 7.3.

Tabela 7.3. Obszary funkcjonalne i strukturalne schizoidalnego zaburzenia osobowości według T. Millona (Millon i in., 2005, s. 448)

Obszary funkcjonalne		Obszary strukturalne	
Czynności ekspresyjne	obojętna	Obraz „ja”	niemotywuujący do zmian
Funkcjonowanie interpersonalne	niezaangażowana	Obiekty	ubogie
Styl poznawczy	zubożony	Organizacja	niezróżnicowana
Mechanizm obronny	intelektualizacja	Nastrój	apatyczny

Niewątpliwie wartością omawianej teorii jest próba integracji najważniejszych podejść dotyczących konceptualizacji zaburzeń osobowości: teorii uczelnia się, teorii psychodynamicznych, poznawczych, społecznych i ewolucyjnych, mimo iż większa część omawianych założeń ma jedynie charakter deskryptywny, a nie eksplanacyjny.

8

Schizotypowe zaburzenie osobowości

Tomasz Pasikowski

8.1. Wprowadzenie

Pojęcie i kategoria „schizotypowe zaburzenia osobowości” (StZO) cechują się względnie niedługą historią. Początków pojawienia się tej kategorii diagnostycznej można doszukiwać się w latach 20. XX wieku. W pracach Bleurera (1922) pojawia się koncept utajonej formy schizofrenii, na którą składały się łagodne symptomy schizofreniczne, które nie przeradzały się w psychozę. Termin „schizotypowe” został po raz pierwszy użyty przez Rado (1956) na oznaczenie niepsychotycznego fenotypowego wariantu schizofrenicznego genomu. W badaniach duńskich pojęcie „schizotypowe” użyto dla określenia syndromu „schizofrenia *borderline*” – kategorii diagnostycznej zidentyfikowanej w tamtych badaniach, a odnoszącej się do nieznacznych zaburzeń schizopodobnych występujących u bliskich krewnych probanta – pierwszego spośród członków rodziny, u którego stwierdzono występowanie zaburzenia, w tym przypadku schizofrenii (Kety i in., 1968). W ramach DSM kategoria StZO pojawiła się w wersji III, a jej rozumienie było następstwem wspomnianych duńskich badań nad adopcją.

Koncentrując się na schizopochodnym aspekcie StZO, za nadrzędną wobec nich kategorię można uznać zaburzenia schizofreniczne. Takie ujęcie znalazło swoje odzwierciedlenie w ICD-10 (por. s. 7). Zaburzenia schizofreniczne mogą być widziane jako kontinuum, które rozwija się od najbardziej ciężkiego krańca, jakim jest w pełni rozwinięta schizofrenia, przez pokrewne schizofrenii zaburzenia osobowości, aż do łagodnych, „nieklinicznych”, fenotypowych deficytów, które można obserwować u członków rodziny pacjentów schizofrenicznych (Granholm i in., 2002). Z drugiej strony w diagnozowaniu StZO szczególnie ważny jest kontekst kulturowy. Przekonania czy zachowania osób należących do specyficznych formacji kulturowych – zwłaszcza tam, gdzie pojawia się kontekst religijny – dla zewnętrznego obserwatora mogą wydawać się dziwaczne i ekscentryczne, co nie może być podstawą do diagnozowania StZO.

8.2. Opis schizotypowego zaburzenia osobowości

8.2.1. Klasyfikacje medyczne

W DSM-IV TR (2000) StZO zostały wyodrębnione i włączone do wiązki A ze względu na to, że osoby z takimi zaburzeniami ujawniają bardzo często dziwaczność lub ekscentryczność. To zaburzenie definiuje się jako wzorzec społecznych i interpersonalnych deficytów, wyrażający się w trudnościach w nawiązywaniu bliskich więzi, dyskomfortem z tym związanym, jak również zniekształceniami w percepcji i ekscentrycznością w zachowaniu. Osoby z taką diagnozą często ujawniają symptomy lęku czy depresji, i te właśnie symptomy są częściej powodem zgłoszenia się do specjalisty.

Przebieg StZO ocenia się jako względnie stabilny. Tylko u niektórych osób zaburzenia te zmierzają w kierunku ukonstytuowania się schizofrenii bądź innych zaburzeń psychotycznych. Kryteria diagnozowania StZO według DSM-IV TR zaprezentowano w tabeli 8.1. Odmienną konceptualizację przyjęto w ramach Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). Zaburzenia schizotypowe (F21) zostały wyłączone z grupy zaburzeń osobowości (F60) i przypisane do kategorii „F20-F29 Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe”. Warunkiem koniecznym do rozpoznania i przypisania tej kategorii diagnostycznej jest przejawianie w sposób ciągły lub powtarzający się co najmniej czterech z wymienionych w tabeli 8.1. kryteriów przez okres co najmniej 2 lat. Drugi warunek konieczny odnosi się do tego, że nie można rozpoznać zaburzeń schizotypowych, jeśli osoba badana spełniała jakiekolwiek kryteria zaburzeń należące do kategorii „F20 Schizofrenia”.

Trudności diagnostyczne, będące efektem kategorialnego podejścia do klasyfikacji zaburzeń osobowości, ujawniające się w systemie DSM, pociągnęły za sobą propozycję zmian w kolejnej edycji systemu (<<http://www.dsm5.org>>, 2012). Najbardziej istotna jest propozycja rezygnacji z założenia o istnieniu skończonej liczby typów osobowości, charakteryzujących się własną, odrębną naturą na rzecz podejścia dymensjonalnego. Główne powody wymieniane jako uzasadnienie dla owych zmian w przypadku StZO podano poniżej.

- Współwystępowanie zaburzeń osobowości. Zwraca się uwagę na fakt, że dla 30–50% osób z StZO stawiana jest alternatywna diagnoza depresyjnych zaburzeń osobowości.

- Heterogeniczność grupy pacjentów z rozpoznaniem StZO. Uwzględniając kryteria DSM-IV, rozpoznanie StZO nastąpić powinno wobec osoby A, cechującej się: ideami odniesienia (1), myśleniem magicznym (2), niezwykle doświadczeniami percepcyjnymi (3), dziwacznym myśleniem i wy-

powiedziami (4), paranoidalnymi ideacjami (5); jak i wobec osoby B cechującej się: podejrzliwością (5), ograniczonym afektem (6), ekscentrycznym wyglądem (7), brakiem bliskich przyjaciół (8) i nadmiernym niepokojem społecznym (9).

Tabela 8.1. Szczegółowe kryteria diagnostyczne dla StZO w klasyfikacjach medycznych

DSM-IV TR (301.22 Schizotypowe zaburzenia osobowości)	ICD-10 (F21 Zaburzenia schizotypowe)
Dominujący wzór społecznych i interpersonalnych deficytów zaznaczający się przez dotkliwy dyskomfort i zmniejszoną zdolność w bliskich relacjach, jak również przez poznawcze albo spostrzeżeniowe zniekształcenia i ekscentryczność zachowania, rozpoczynający się we wczesnej dorosłości i obecny w rozmaitych kontekstach, spełniający co najmniej pięć spośród poniższych warunków: 1) idee odnoszące (wykluczając urojenia odnoszące); 2) dziwaczne przekonania albo magiczne myślenie wpływające na zachowania i niezgodne z subkulturowymi normami (np. przesądność, wiara w jasnowidztwo, telepatię albo szósty zmysł; w dzieciństwie i w okresie dorastania dziwaczne fantazje albo zainteresowania); 3) niezwykle doświadczenia percepcyjne, łącznie z iluzjami somatosensorycznymi; 4) dziwaczne myślenie i wypowiedzi (np. niejasne, drobiazgowo, metaforyczne, przepracowane albo stereotypowe); 5) podejrzliwość albo nastawienia paranoidalne; 6) niepoprawny albo ograniczony afekt; 7) zachowanie albo wygląd, które jest dziwaczne, ekscentryczne albo osobliwe; 8) brak bliskich przyjaciół albo powierników innych niż najbliżsi krewni; 9) nadmierny społeczny niepokój, który nie słabnie z zażyłością i związany jest raczej z paranoidalnymi lękami niż negatywnymi sędziami na swój temat. Nie pojawia się wyłącznie podczas przebiegu schizofrenii, zaburzeń nastroju z psychotycznymi lękami, innych psychotycznych zaburzenia albo wszechstronnych zaburzeń rozwojowych.	Niedostosowany albo ograniczony afekt, osoba wydaje się chłodna i obojętna. Niezwykle, ekscentryczne, dziwaczne zachowanie lub wygląd. Słaby kontakt z innymi i tendencja do społecznego wycofywania się. Niezwykle sądy lub myślenie magiczne, wpływające na zachowanie i nie-spójne z normami subkulturowymi. Podejrzliwość lub nastawienie urojeniowe. Ruminacje bez wewnętrznego oporu, często o treściach dysmorfofobicznych, seksualnych lub agresywnych. Niezwykle spostrzeżenia zmysłowe obejmujące iluzje somatosensoryczne (cielesne) lub inne, albo depersonalizację lub derealizację. Puste, drobiazgowo, metaforyczne nadmiernie wypracowane lub często stereotypowe myślenie, przejawiające się dziwacznością wypowiedzi albo w inny sposób, bez wyraźniejszego rozkojarzenia. Chwilowe, przemijające i zwykle występujące bez zewnętrznej przyczyny epizody quasi-psychotyczne z intensywnymi iluzjami, omamami słuchowymi lub innymi oraz z przekonaniami podobnymi do urojeń.

Źródło: DSM-IV TR (2000); Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 (1998).

- Niezgodność z medycznym ujęciem poziomów zaburzenia. DSM-IV zakłada dychotomiczny (arbitralny: 5 cech z 9) próg diagnozy zaburzenia stojący w sprzeczności z dymensjonalnym rozumieniem „ciężkości” zaburzenia. Konsekwencją jest trudność w diagnozie różnicowej: osobowość schizoidalna – osobowość schizotypowa – schizofrenia.

- Temporalna niestabilność diagnostyczna. Dotyczy to zmienności diagnozy w czasie i obejmuje zmiany typu zaburzeń osobowości diagnozowanej u osoby, tego, czy objawy schizotypowe są samoistnym zaburzeniem, czy też są początkiem rozwijania się psychozy, współwystępują z nią lub widziane są jako konsekwencje i pozostałości po ostrej fazie psychotycznej.

- Nieobejmowanie całości psychopatologii osobowościowej. Badania wskazują (Verheul i Widiger, 2004), że najczęstszą kategorią diagnostyczną praktyki klinicznej w przypadku StZO jest diagnoza „zaburzenia osobowości niewyodrębnione”.

- Niska trafność zbieżna (kryterialna). Funkcjonująca operacjonalizacja kryteriów diagnostycznych nie pozwala na porównania pomiędzy różnymi sposobami oszacowania zaburzeń osobowości, a tym samym nie daje możliwości uwspólnienia danych diagnostycznych. Zatem diagnoza „schizotypowe zaburzenia osobowości” stawiana badanym w jednym studium (ośrodku, badaniu) zwykle nie będzie tożsama z kryteriami zastosowanymi w innym przypadku.

Zaproponowany model ma charakter hybrydowy – dymensjonalno-kategorialny. Uwzględnia dwie główne dymensje: ocenę osiowych dysfunkcji funkcjonowania osobowości i ocenę stopnia ich „ciężkości” – kryterium A, oraz ocenę patologicznych cech osobowości pogrupowanych w 5 obszarów i 25 wiązek – kryterium B. Zaproponowano również kryteria uzupełniające: stabilność w czasie i niezmienność sytuacyjna – C; wykluczenie czynnika rozwojowego i społeczno-kulturowego – D; wykluczenie efektu substancji chemicznych i innych przyczyn zdrowotnych – E.

W konsekwencji wyodrębniono tylko sześć typów zaburzeń osobowości. Wśród nich znalazły się: antyspołeczna, unikająca, *borderline*, narcystyczna, obsesyjno-kompulsyjna i schizotypowa. Zestawienie szczegółowych, głównych kryteriów diagnostycznych dla kategorii „T 03 Schizotypowe Zaburzenia Osobowości” według propozycji do DSM-V wygląda następująco <<http://www.dsm5.org>>.

A. Znaczące zaburzenia funkcjonowania osobowości przejawiające się w:

- 1) zaburzeniu w funkcjonowaniu wewnątrzpsychicznym (a lub b):
 - a) tożsamość: niejasność granic „ja – inni”; zniekształcony obraz siebie; emocjonalna ekspresja często niespójna z kontekstem lub wewnętrznym doświadczeniem,

- b) samoinstruowanie (*self-direction*): nierealistyczne lub niespójne cele; brak jasnego zestawu wewnętrznych norm;
- 2) zaburzeniu w funkcjonowaniu interpersonalnym (a lub b):
 - a) empatia: wyraźna trudność w rozumieniu wpływu własnych zachowań na innych; często błędne interpretacje motywacji i zachowań innych,
 - b) intymność: zaznaczone zaburzenia w rozwoju bliskich relacji, związane z nieufnością i lękiem.
- B. Patologiczne cechy osobowości w następujących obszarach:
 - 1) psychotyczność, charakteryzująca się:
 - a) ekscentrycznością: dziwne, niezwykle lub dziwaczne zachowanie lub wygląd, mówienie nietypowych lub niewłaściwych rzeczy,
 - b) poznawczą i percepcyjną dysregulacją: dziwne lub niezwykle procesy myślowe; nieokreślone, przypadkowe, metaforyczne, nadmierne rozbudowane, lub stereotypowe myśli bądź wypowiedzi, dziwne odczucia w różnych modalnościach zmysłowych,
 - c) niezwykleymi przekonaniami i doświadczeniami: myśli i opinie na temat rzeczywistości, postrzegane przez innych jako dziwaczne lub idiosynkratyczne, niezwykle doświadczenie rzeczywistości;
 - 2) oderwanie się, charakteryzujące się:
 - a) ograniczoną uczuciowością: mała reaktywność wobec sytuacji pobudzających emocjonalnie; zawężone emocjonalne doświadczenie i ekspresja; obojętność lub chłód,
 - b) wycofaniem: preferowanie samotności niż bycia z innymi; powściągliwość w sytuacjach społecznych, unikanie społecznych kontaktów i aktywności, nienawiązywanie kontaktów społecznych;
 - 3) negatywna uczuciowość, charakteryzująca się:
 - a) podejrzliwością: oczekiwanie – i zwiększona wrażliwość na – sygnały złych zamiarów lub szkodenia ze strony innych; wątpliwości wobec lojalności i wierności innych; poczucie prześladowania.

8.2.2. Funkcjonowanie osób z StZO

Osoby z StZO opisywane są jako doświadczające poznawczych albo spostrzeżeniowych zniekształceń. Zniekształcenia te są niespójne z normami subkulturowymi i zawierają idee ksobne, somatyczne iluzje, a nawet niezwykle doświadczenia telepatii i jasnowidztwa. Zdarzają się często, stanowią ważną i dominującą część składową doświadczenia osoby. Mowa jest często dziwaczna i idiosynkratyczna, niezwykle drobiazgowa, metaforyczna albo ogólnikowa.

Są skępowane w obecności innych i odizolowane. Mają mało przyjaciół. Izolacja jest często wynikiem ich ekscentrycznych przymysłów i zachowań, jak również wynikiem braku pragnienia relacji, który po części jest spowodowany ich podejrzliwością wobec innych. Gdy wchodzi w związek, dążą do zachowania dystansu lub mogą zrywać relację z powodu uporczywego społecznego niepokoju i paranoi. Zachowują się w sposób, który przez innych często jest spostrzegany jako dziwaczny i ekscentryczny. Ich zachowanie cechuje widoczny poziom niedostosowania i obecność lęku. Ich emocjonalność jest ograniczona albo niewłaściwa.

Sperry (1995), opisując schizotypowy styl osobowości, wskazuje na takie cechy, jak: uważność na innych i szczególną wrażliwość na to, jak są spostrzegane przez innych; tendencję do abstrakcyjnego i spekulacyjnego myślenia; zainteresowanie okultyzmem, pozazmysłowym spostrzeganiem i siłami nadprzyrodzonymi; obojętność wobec konwencji społecznych i zainteresowanie niezwykłymi stylami życia; niezależność i niska potrzeba ścisłych zależności. Według Akhtara (1992) symptomy StZO wyrażają się w chronicznej niezdolności do przeżywania przyjemności i radości (anhedonia) i słabym rozwoju pozytywnych emocji; bezustannym zatopieniu w emocjach zagrożenia, strachu i wściekłości; ekstremalnej wrażliwości na odrzucenie i utratę sympatii; uczuciach alienacji; znacznie ograniczonym życiu seksualnym i skłonności do dezorganizacji poznawczej w warunkach stresu. Meehl (1962) wśród symptomów wyróżnił na pierwszych miejscach: a) kognitywne ślizganie się (łagodna forma zaburzenie myśli); b) interpersonalną awersję (społeczna fobia); c) utratę zdolności do odczuwania przyjemności i d) ambiwalencję.

8.2.3. Opis przypadku

Maciej jest 28-letnim mężczyzną. Nie leczyl się psychiatrycznie. Na konsultację psychologiczną zgłosił się pod wpływem sugestii rodziców, ale jak podkreśla, była to jego decyzja. Powodem są trudności w podjęciu i utrzymaniu pracy. Aktualnie nie pracuje, choć odkąd zakończył naukę w liceum, kilkanaście razy zmieniał pracę. Były to najczęściej prace krótkoterminowe, dorywcze.

Maciej jest bardzo szczupły, średniego wzrostu, włosy długie do ramion. Twarz pociągła z wyraźnie zaznaczonymi kośćmi policzkowymi; rysy twarzy ostre. Ubiera się całkowicie na czarno. Jego wygląd nasuwa skojarzenie z ascetycznością. Wiele uwagi poświęca swojemu wyglądowi i higienie osobistej (pierwsze 15 min. każdego spotkania spędza w toalecie – mycie, czyszczenie górnych dróg oddechowych). W jego zachowaniu

pojawia się mało ruchu, jest usztywniony i napięty. Jednocześnie uważnie obserwuje otoczenie.

Sądzi, że może czytać w myślach innych ludzi. Na przykład bawi się w zgadywanie, co terapeuta do niego powie i jak twierdzi, udaje się to mu bardzo często. Czasami jest to przyczyną konfliktów z innymi: rodzicami, znajomymi, gdy ujawnia ich negatywne zamiary wobec siebie, uprzedzając ich atak. Obecnie odkrył, że jeśli odpowiednio mocno się skoncentruje, może sprawić, że ktoś przestanie o nim myśleć.

Często czuje, że pozostawia swoje ciało. Doznanie to ma charakter fizyczny. Opowiada o świecie, który jest za „następnymi drzwiami”. Wie, że tamten świat jest inną rzeczywistością, że nie istnieje tak samo jak obiekty materialne. Jednocześnie twierdzi, że może przechodzić przez drzwi do tamtego świata, który jest bardziej realny i gdzie chciałby pozostać.

Uważa, że bardzo ważne jest precyzyjne posługiwanie się językiem. Jest bardzo czuły na „przekręcanie” jego słów. Często wyjaśnia, „klaryfikuje” znaczenie pojęć, których używa, czyniąc to w sposób rozbudowany, a zarazem zawiły. Sądzi też, że inni zazdroszczą mu jego specjalnych zdolności.

Opowiadając o uczuciach, stwierdza, że nie są ważne w jego życiu. Raczej ich nie doświadcza, a nawet jeśli, to nie są one intensywne. Sądzi, że umysł jest ważniejszy, i że dzięki swej inteligencji w zachowaniu nie poddaje się wpływom emocji. Nawet nienawiść do ojca, do której się przyznaje, nie wpływa na poprawność ich wzajemnych stosunków. Jednocześnie w jego zachowaniu ujawnia się stałe napięcie, łatwość irytowania się, zwłaszcza gdy jak sądzi, jest źle rozumiany, oraz niepokój i podejrzliwość. Przyznaje, że miewał myśli samobójcze, szczególnie intensywne podczas nauki w liceum, ale zwykł sobie wyjaśniać, że samobójstwo nie ma sensu.

Przez większą część swego życia Maciej czuje się samotny i odizolowany od innych. Jak twierdzi, nie zasługiwał, ale też nie jest zdolny do doświadczenia przyjemnych uczuć. Z okresu liceum wspomina epizod z dziewczyną, na której mu zależało. Uważa, że mogła ona odmienić jego życie. Wysyłała nawet sygnały zachęty w jego stronę, ale jak twierdzi, „nie chciało” mu się odpowiedzieć tym samym, a do tego uważał, że jego przeznaczeniem jest samotność, bo i tak nikt go nie zrozumie i nie pokocha. Maciej ma bardzo ograniczone kontakty społeczne. Gdy nie musi, nie wychodzi ze swojego pokoju. Nie pozwala też na sprzątanie ani nawet wchodzenie do jego pokoju podczas swej nieobecności. Ma bardzo nieregularny tryb dnia. Zwykle kładzie się około godziny 4.00. Często w ogóle nie idzie spać. Jest to jednym z częstych powodów jego spóźnień i absencji (już w szkole).

Jego rodzina jest dobrze usytuowana materialnie. Gdy był małym dzieckiem, ojciec wyjechał na zagraniczny kontrakt. Zarabiał bardzo dobrze, ale rzadko bywał w domu. Opiekę nad Maciejem sprawowała matka. Jednocześnie zajmowała się inwestowaniem pieniędzy zarabianych przez ojca. Gdy miał 6 lat, rodzice zdecydowali, że rodzina powinna być razem, więc zamieszkali za granicą. W tym czasie Maciej rozpoczął szkołę. Z nauką radził sobie dobrze. Nie nawiązał jednakże kontaktów z rówieśnikami. Jak twierdzi, był przez kolegów traktowany jako ktoś gorszy. Od tego okresu zaczęła się zaznaczać jego postępująca izolacja i osamotnienie. Ze względu na problemy szkolne Macieja i narodziny młodszego syna rodzice podjęli decyzję o powrocie do kraju. W nowej szkole również nie znalazł bliskich przyjaciół. Był dzieckiem poważnym, dużo czytał. Uważa, że był dojrzały niż rówieśnicy. Szkołę podstawową ukończył bez problemu. W liceum zaczęły się kłopoty w nauce spowodowane często absencją. W tym czasie często chorował somatycznie. Często był zmęczony, apatyczny, bez energii. Powtarzał klasę.

Do chwili obecnej mieszka z rodzicami, choć ich stosunki nie układają się najlepiej, tzn. rodzice przejawiają dużo chęci zbliżenia się, ale Maciej nie wykazuje zainteresowania. Matkę przeżywa jako nadmiernie inwazyjną, przekraczającą jego granice, a jednocześnie nierozumiejącą jego, jego potrzeb, marzeń. Ojca opisuje jako nadmiernie krytycznego, wymagającego, niecierpliwego, lecz jednocześnie niespójnego w swych żądaniach i nieobecnego.

8.3. Problemy diagnostyczne i współzachorowalność

Diagnoza różnicowa w przypadku większości zaburzeń osobowości nie jest sprawą łatwą. Symptomatologia tych zaburzeń – oprócz faktu, że część z owych symptomów jest zdefiniowana jako wspólne dla całej klasy zaburzeń osobowości – często lokuje się w obszarze wspólnym dla kilku kategorii nozologicznych. Podkreśla się też konieczność rozważenia współwystępowania z innymi zaburzeniami osobowości (schizoidalnym, paranoicznym, unikowym i *borderline*). Na przykład wyolbrzymiona podejrzliwość jest cechą, która charakteryzuje zarówno StZO, jak i PZO. Społeczne izolowanie z kolei jest wspólne dla StZO i schizoidalnych zaburzeń osobowości. Jednak ani w paranoicznym, ani w schizoidalnym wzorcu osobowości nie pojawiają się znacząco dziwne zachowania i wyraźne spostrzeżeniowe i poznawcze zniekształcenia, obecne w StZO. Z drugiej strony, StZO, chociaż lokowane na wymiarze ze schizofrenią, nie przybierają postaci jawnej psychozy. Podą-

zając za sugestią Rado (1956), można założyć, że zaburzenia schizotypowe (dekompensacyjna forma adaptacji schizotypowej) lokują się pośrodku dymsji, której krańce wyznaczają: 1) osobowość schizoidalna ujmowana jako dobrze skompensowany schizotyp i 2) schizofrenia – zdeintegrowana i chroniczna psychoza.

StZO pojawiają się nieznacznie częściej u mężczyzn niż u kobiet. Także obraz kliniczny jest zróżnicowany. Otóż, kobiety ujawniają więcej symptomów pozytywnych, takich jak idee osobne czy magiczne myślenie. Z kolei u mężczyzn częściej ujawniają się symptomy negatywne, tzn. brak bliskich przyjaciół czy stępienie afektu (Raine, 1992). Są znacznie częściej diagnozowane u osób będących w bliskim pokrewieństwie z osobami chorymi na schizofrenię.

8.4. Psychologiczne koncepcje wyjaśniające

8.4.1. Koncepcje psychodynamiczne

Konceptualizacja zaburzeń osobowości ma swoją tradycję w podejściach psychoanalitycznych. Powstałe na przełomie XIX i XX wieku prace Janeta (1983), Freuda i Breura (2008) dotyczące psychologicznych cech powiązanych z histerią znalazły kontynuację w niektórych pracach Freuda (1995) na temat charakterów, co stanowiło punkt wyjścia do dalszych studiów nad tą problematyką, żeby wspomnieć tylko prace Karla Abrahama (1995) czy Wilhelma Reicha (1995).

W psychodynamicznych koncepcjach StZO uwidacznia się niejaka trudność w całkowitym wyodrębnieniu tej kategorii. W literaturze funkcjonują koncepcje schizotypowego zaburzenia, będące konsekwencją propozycji Kernberga (1975) na temat natury zaburzeń *borderline*. Wielu autorów (np. Grotstein 1983; Rosenberger, Miller 1989) uznaje, że kategorie te są w wielu wymiarach podobne, jeśli nie tożsame. Równie często zdarza się, że zaburzenia schizotypowe i schizoidalne, aczkolwiek odróżniane traktowane są łącznie (McWilliams, 2009; Gabbard, 2010).

Psychodynamiczne rozumienie StZO zasadza się na uznaniu znaczenia rozszczepienia w etiopatogenezie. Owo pierwotne rozszczepienie *self* prowadzi do rozszczepienia tożsamości i w konsekwencji do zachowań społecznych, które również mają charakter rozszczepienny. Stąd jedna z bardziej centralnych charakterystyk tej osobowości, jaką jest tendencja do izolacji społecznej może być widziana nie jako brak impulsów, pragnień

i uczuć wobec innych, co raczej jako sprzeczność pomiędzy tymi pragnieniami a brakiem gratyfikacji (pierwotnie ze strony matki) i decyzją o niepodjęciu dalszych, przynoszących cierpienie prób.

Znaczący wkład w psychodynamiczne rozumienie schizotypowych i schizoidalnych zaburzeń osobowości wniósł Fairbairn (1958). Według niego deprywacja potrzeby dziecięcej zależności jest wyłączną przyczyną patologii. „W terminach osobowości ujmowanej z punktu widzenia teorii relacji z obiektem, trudności, z powodu których pacjent cierpi reprezentują skutki niezadowolających i niesatysfakcjonujących relacji z obiektem doświadczanych w wczesnym okresie i utrwalonych w przesadnej formie w obrębie wewnętrznej rzeczywistości, ...” (Fairbairn, 1958, s. 376). Od narodzin dziecko poszukuje obiektu, który mógłby zaspokoić jego wrodzoną potrzebę więzi z osobą bezpieczną, opiekuńczą, obecną – matką. Brak możliwości zaspokojenia tych potrzeb tworzy traumatyczną sytuację, w której dziecko przeżywa siebie jako: wypełnione potrzebami, niezaspokojone, pozostające w więzi z obiektem, który odmawia tego zaspokojenia, i w konsekwencji odrzucone.

Ta chroniczna deprywacja paradoksalnie prowadzi do zintensyfikowania, wskutek efektu kumulacji, potrzeb wobec obiektu (jeśli sytuacja negacji trwa odpowiednio długo, nikt w późniejszym okresie nie jest w stanie zaspokoić tych pragnień, nawet jeśli fiksacja z obiektem rodzicielskim zostanie przeniesiona na inny obiekt zewnętrzny). Dziecko zaczyna doświadczać siebie jako nienasyconego w swych potrzebach, a wtedy pojawia się fantazmat pochlónięcia obiektu i powiązana z tym obawa przed jego zniszczeniem, a w konsekwencji lęk przed pozostaniem samemu sobie. Doświadczana, własna zachłanność wyprojektowana zostaje na obiekt, który w ten sposób staje się jeszcze bardziej niebezpieczny i pochłaniający. W ten sposób konstruuje się podstawowy dylemat osoby schizotypowej (i schizoidalnej): ciągle przeskakiwanie pomiędzy lękiem wobec fantazji zniszczenia pożądanego obiektu przez swoje nadmierne pragnienia a lękiem bycia pochłoniętym i zniszczonym przez nieprzyjaznych innych. W tej sytuacji decyzja unikania innych i bycia samotnym wydaje się najlepszym zabezpieczeniem. Jednocześnie cierpienie samotności sprawia, że osoba z osobowością schizotypową ujawnia sprzeczne tendencje wobec obiektu: unika, a jednocześnie się go trzyma. Guntrip opisał taką osobą, jako tę, „która nie może ani pozostać w związku z drugą osobą, ani poza takim związkiem, nie ryzykując w rozmaity sposób utraty i swojego obiektu, i siebie samej” (za McWilliams, 2009). Opisana dynamika nie sprzyja ukształtowaniu się pełnego symbiotycznego przywiązania, a zatem procesy separacji-indywiduacji i autonomii

w kierunku osiągania fazy dojrzałej zależności także będą upośledzone (hipoteza fiksacja-regresja).

Mechanizmy obronne właściwe dla osobowości schizotypowej mają charakter prymitywny. Podstawowym jest ucieczka w fantazje, ale też projekcje i introjekcje. Osoby te mają też skłonność do intelektualizacji. McWilliams (2009) podaje, że rzadko stosowane są przez te osoby mechanizmy blokujące bodźce afektywne i zmysłowe. Inni autorzy (Johnson, 1998) wskazują na centralną rolę tychże mechanizmów. Wskazana sprzeczność poglądów wydaje się raczej „normą” w literaturze poświęconej osobowości schizotypowej, co symbolicznie („proces paralelny”) odzwierciedla problem schizo.

8.4.2. Koncepcje poznawczo-behawioralne

Poznawczo-behawioralne podejście do zaburzeń osobowości prezentowane jest między innymi przez Becka (Beck, Freeman, 1990; Beck i in., 2005). W tym podejściu zakłada się, że istnieje związek pomiędzy przekonaniami podstawowymi, strategiami zachowań a typem zaburzeń osobowości. W odniesieniu do StZO Beck (2005) sądzi, że osoby te cechuje nie tyle specyficzna, odrębna treść myśli i przekonań, co raczej osobliwy sposób myślenia. W tym sensie kryterium dla tych zaburzeń ma charakter formalny, a nie treściowy, jak w innych zaburzeniach (drugim wyjątkiem są zaburzenia *borderline*). Niemniej jednak Beck i Freeman (1990, s. 140) stworzyli listę charakterystycznych przekonań kluczowych i nastawień poznawczych cechującą osoby ze StZO. Znalazły się na niej następujące stwierdzenia:

- Czuję się jak obcy w przerażającym środowisku.
- Ponieważ świat jest niebezpieczny, musisz uważać na siebie przez cały czas.
- Wszystko ma swoje powody. Rzeczy nie zdarzają się przez przypadek.
- Czasami moje wewnętrzne uczucia są znakiem czegoś, co się zdarzy.
- Relacje z ludźmi są zagrażające.
- Jestem wadliwy.

W omawianym modelu strategie podstawowe warunkują obraz siebie, obraz innych i najważniejsze przekonania. W odniesieniu do StZO najważniejsze strategie behawioralne to: „Wystrzeganie się nieżyczliwej uwagi innych; poleganie na sobie; przywiązywanie uwagi do sił i zdarzeń nadprzyrodzonych” (Beck i in., 2005, s. 54). W obrazie siebie dominują poczucie nierzeczywistości, samotności odcięcia i narażenia; poczucie wyraźnego od-

różniania się od członków społeczeństwa i poczucie niezwyklej wrażliwości i utalentowania. Z kolei inni widziani są jako niegodni zaufania i nieżyczliwi. Najważniejsze przekonania Beck opisuje jako: „myślenie idiograficzne, dziwne, przesadne, magiczne; centralne miejsce w strukturze przekonań zajmuje wiara we wróżby, telepatię, czy «szósty zmysł»; «Lepiej odizolować się od innych»” (Beck i in., 2005, s. 54).

8.4.3. Inne koncepcje

W ostatnich latach pojawia się wiele badań wskazujących na rolę czynników biologicznych w patogenezie StZO. Badania nad tymi czynnikami motywowane są: (1) postępami psychiatrii biologicznej związanymi z zastosowaniem neurobiologicznych narzędzi do badania zaburzeń psychicznych; (2) rozwojem zoperacjonalizowanych kryteriów i instrumentów diagnozowania zaburzeń osobowości; (3) wzrastającym uznaniem roli dziedziczności w rozwoju osobowości. Badania te obejmują głównie testy neurologiczne, np. kwestie powiększonego stosunku komorowo-mózgowego na skanach KT; osłabienie gładkich ruchów gałki ocznej; słabszy poziom wykonania testów uwagi wzrokowej lub słuchowej (Siever i in., 1994).

Jak wcześniej wspomniano, termin „schizotyp” został zaproponowany przez Rado (1956) na oznaczenie „schizofrenicznego genotypu”. Odnosił się do niepsychotycznej, lecz dysfunkcjonalnej i ekscentrycznej osobowości będącej łagodną formą ekspresji konstytucyjnego defektu schizofrenicznego. Defekt ten, spowodowany genetycznymi dyspozycjami, wyrażał się w dwu podstawowych właściwościach: 1) deficyt w integrowaniu przyjemnych doświadczeń oraz 2) proprioceptywna skaza, manifestująca się w formie aberracyjnej świadomości ciała i powodująca pojawienie się wypaczeń w percepcji schematu ciała. Owe właściwości konstytuują genezę wspólną dla schizofrenii i zaburzeń schizotypowych. Dodatkowo, defekt wyrażał się w motywacyjnym deficycie i niezdolności do podejmowania aktywności ukierunkowanej na cel. Symptomy schizotypowych zaburzeń były konsekwencją owego konstytucyjnego defektu.

Podobne podejście do patogeny StZO prezentuje Meehl (1962). W opozycji do psychologicznych teorii patogeny zaburzeń schizopodobnych podkreślał znaczenie ryzyka genetycznego. Postulował istnienie dziedzicznego czynnika, który określił mianem „schizotaksja” (*schizotaxia*). Pojęcie to służy dla opisu neurorozwojowych warunków będących u podstaw predyspozycji do schizofrenii. Owe wrodzone czynniki, np. wysoki poziom lęku w interakcji z wpływami środowiskowymi, m.in. efektami społecznego uczenia się, sprawiały, że u osób podatnych rozwijały się StZO. W korzyst-

nych warunkach środowiskowych i genetycznych symptomy kliniczne były słabo zaznaczone (skompensowana schizotypia). Jednakże niesprzyjające okoliczności prowadziły do rozwinięcia pełnej, klinicznej postaci schizofrenii.

Wiele badań koncentrowało się na weryfikacji znaczenia różnych grup czynników etiologicznych. Na przykład w badaniach zespołu Mednicka (Schiffman i in., 2002) stwierdzono, że pozytywne relacje z rodzicami stanowią czynnik protektywny wobec pojawiania się u ich potomków rozwiniętej w pełni, klinicznej formy schizofrenii. Interpretacja wyników tych badań w ramach modelu schizofrenii „podatność – stres” prowadzi do wniosku, że nawet osoby genetycznie podatne na schizofrenię (grupa wysokiego ryzyka), jeżeli są zabezpieczone przed „stresorami schizogennymi” buforem w postaci pozytywnej więzi z obojgiem rodziców, mogą uniknąć schizofrenicznej dekompensacji, pozostając w obszarze StZO. W badaniach tych testowano dwie alternatywne hipotezy. Pierwsza mówi, że: „w grupie zwiększonego ryzyka słabe więzi »rodzice – dzieci« zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia schizofrenii u potomka”. Hipotezę tę zwaną „interakcyjną” Mednick (Schiffman i in., 2002) przeciwstawia hipotezie „genetycznej” mówiącej, że: „dzieci, u których występuje genetyczna predyspozycja do schizofrenii ujawniają więcej psychopatologicznych zachowań w dzieciństwie i później, a to zwiększa ryzyko słabych relacji rodzic – dziecko”. Uzyskane wyniki autorzy interpretują na korzyść hipotezy „interakcyjnej”.

Ważnym aktualnie kierunkiem konceptualizacji zaburzeń osobowości są modele, w których osobowość rozpatrywana jest jako złożona, hierarchiczna i dymensjonalna zarazem, struktura cech. W opozycji do kategoryalnego, istotą takiego podejścia jest identyfikacja danego zaburzenia osobowości poprzez zlokalizowanie go na ważnych, kryterialnych dymensjach. Mówiąc inaczej, zaburzenia są identyfikowane przez charakterystyczny i unikatowy, „prototypowy profilogram” (por. tabela 8.2). Przykładem takiego sposobu widzenia zaburzeń osobowości jest psychobiologiczny model temperamentu i charakteru Cloningera (1999), w którym uwzględnione zostały następujące wymiary: poszukiwanie nowości, unikanie szkody, zależność od nagród, wytrwałość, nastawienie na siebie, współdziałanie i transcendencja.

Innym przykładem takiego podejścia jest opis zaburzeń osobowości w ramach czynnikowego modelu „Wielkiej Piątki” McCrae’a i Costy (2006). W tabeli 8.2 przedstawiono hipotetyczny profil schizotypowego zaburzenia osobowości zrekonstruowany na podstawie pięciu wymiarów osobowości.

Tabela 8.2. Schizotypowe zaburzenia osobowości – hipotetyczny profil w terminach „Wielkiej Piątki” Costa i McCrae

Wysoki Poziom Neurotyzmu Chroniczne uczucia negatywne, włączając lęk, bojaźliwość, napięcie, drażliwość, gniew, przygnębienie, beznadziejność, winę, wstyd; trudność w hamowaniu impulsów: na przykład jedzenie, picie, wydawanie pieniędzy; irracjonalne przekonania: na przykład nierealistyczne oczekiwania, perfekcjonistyczne wymagania wobec siebie, nieuzasadniony pesymizm; nieuzasadnione somatyczne obawy; bezradność i zależność od innych w zakresie emocjonalnego wsparcia i podejmowania decyzji.
Niski Poziom Ekstrawersji Społeczne izolowanie się, interpersonalna obojętność i brak sieci wsparcia; stępione uczucie; brak radości i ochoty do życia; niechęć do zaznaczania własnej osoby lub przyjmowania roli przywódcy, nawet po wyznaczeniu; społeczne zahamowanie i nieśmiałość.
Wysoki Poziom Otwartości Zaabsorbowanie fantazjami i marzeniami; brak praktyczności; ekscentryczne myślenie (np. wiara w duchy, reinkarnację, UFO); rozproszona tożsamość i zmienianie celów: np. dołączanie do religijnych kultów; podatność na koszmara i stany zmienionej świadomości; społeczna buntowniczość i nonkonformizm, które mogą przeszkadzać w społecznym albo zawodowym rozwoju.
Niski Poziom Ugodowości Cynizm i paranoidalne myślenie; niezdolność, do zaufania nawet wobec przyjaciół i rodziny; kłótniowość; nadmierna skłonność do konfrontacji; eksploatawanie i manipulowanie; kłamstwa; w niegrzeczny i nierozważny sposób zraża przyjaciół, ograniczone wsparcie społeczne; brak szacunku dla społecznych konwencji może prowadzić do kłopotów z prawem; zawyżone, nadmiernie dobre samopoczucie; arogancja.
Wysoki Poziom Sumienności Nastawienie na osiągnięcia: zatopienie się w pracy (pracoholizm), może być przyczyną wyłączenia z rodziny, społecznych i osobistych zainteresowań; kompulsywność, przejawiająca się w nadmiernej czystości, schludności i koncentracji na szczegółach; sztywna samodyscyplina i niezdolność do stawiania sobie celów pobocznych i odprężenia się; brak spontaniczności; nadmierna skrupulatność w zakresie moralnym.

Aktualne badania prowadzone w celu zweryfikowania tego modelu dostarczają wsparcia dla możliwości identyfikacji wszystkich, wyróżnionych w ramach DSM-IV zaburzeń osobowości z jednym wyjątkiem. Są nim zaburzenia schizotypowe (Lynam, Widiger, 2001). Autorzy wyjaśniają ten fakt, sugerując, że schizotypowe zaburzenia mogą być traktowane raczej jako wariant schizofrenii, a nie zaburzenie osobowości.

9

Narcystyczne zaburzenie osobowości

Jerzy Gościński

9.1. Wprowadzenie

Kwestia narcyzmu w psychologii od początku nawiązywała do mitologicznej postaci Narcyza. Pojęcie „narcyzm” wprowadzone zostało przez Näckego w 1899 roku, dla skomentowania poglądów Havelocka Ellisa zawartych w pracy „Autoerotism. A Psychological study”. Ellis jako pierwszy odwołał się do mitu o Narcyzie dla opisanego zachowania perwersyjnego, które oznaczało traktowanie własnego ciała jako obiektu seksualnego. Współcześnie mówić możemy o odmianach zachowań określanych jako „narcystyczne”, od cech przejawiających się u osób dobrze funkcjonujących, przez mieszczące się w granicach normy zaburzenia o stylu narcystycznym, po zaburzenia osobowości. Omówione w dalszej części tekstu kryteria diagnostyczne zaburzenia osobowości można zastosować w łagodniejszej formie odniesienia do osób dobrze funkcjonujących, ale przekonanych w dużym stopniu o własnej wyjątkowości, mających duże ambicje, przejawiających silną potrzebę osiągnięć i dbających w nadmiernym stopniu o uznanie ze strony innych. Jeśli posiadanie takich cech nie zaburza zdolności adaptacyjnych danej osoby i nie prowadzi do pogorszenia relacji z innymi ludźmi, mówić możemy o narcystycznym stylu funkcjonowania, a nie o zaburzeniu narcystycznym.

9.2. Obraz kliniczny

9.2.1. Narcystyczne zaburzenie osobowości w klasyfikacjach medycznych

W klasyfikacji ICD-10 narcystyczne zaburzenie osobowości (NZO) nie stanowi kategorii diagnostycznej wyższego rzędu, ale wraz z innymi zaburzeniami: osobowością ekscentryczną, niedojrzałą, bierno-agresywną, psy-

choneurotyczną i typu *haltlose*, tworzy podklasę zaburzeń. Charakterystyka osobowości narcystycznej (F 60.81) znalazła się w Aneksie I badawczych kryteriów diagnostycznych (WHO 1998, s. 153). W klasyfikacji DSM-IV TR NZO oznaczone kodem 301.81 zaliczane jest do wiązki B, którą stanowią zaburzenia dramatyczno-niekonsekwentne (osobowość narcystyczna, socjopatyczna, histrioniczna i typu *borderline*). Zestawienie kryteriów diagnostycznych NZO w systemach klasyfikacyjnych przedstawiono w tabeli 9.1.

Tabela 9.1. Szczegółowe kryteria diagnostyczne dla NZO w klasyfikacjach medycznych

DSM-IV TR	ICD-10
1. Nadmierne poczucie własnego znaczenia (np. przesadne ocenianie swoich dokonań i talentów, oczekiwanie, że będzie się rozpoznany jako ktoś lepszy, pomimo braku rzeczywistych osiągnięć). 2. Fantazjowanie o ogromnych sukcesach, władzy, sile, doskonałości, pięknie lub idealnej miłości. 3. Przekonanie, że jest się kimś wyjątkowym, unikatowym, kimś, kogo może zrozumieć tylko ktoś podobnie niezwykły, że powinno się zadawać tylko z innymi podobnie niezwykłymi lub wysoko postawionymi w hierarchii społecznej osobami (lub instytucjami). 4. Nadmierna potrzeba adoracji, 5. Przekonanie o prawie do szczególnych przywilejów, np. nieuzasadnione oczekiwanie szczególnie uprzywilejowanego traktowania lub automatycznej akceptacji swoich oczekiwań. 6. „Interpersonalny wyzyskiwacz”, np. wykorzystywanie innych dla osiągnięcia własnych celów. 7. Brak empatii: niemożność rozpoznania lub zidentyfikowania się z potrzebami i uczuciami innych osób. 8. Zawiść wobec innych lub przekonanie, że inni ludzie odczuwają zawiść w stosunku do niego lub niej. 9. Prezentowanie aroganckich, wyniosłych zachowań lub postaw.	1. Wyższościowe poczucie własnej ważności (np. wyolbrzymianie swoich osiągnięć i talentów, oczekiwanie korzystniejszego, nieproporcjonalnego do osiągnięć oceniania siebie). 2. Pochłonięcie przez wyobrażenia o nieograniczonym powodzeniu, mocy, wspaniałości, piękności, idealnej miłości. 3. Przekonanie o byciu kimś „specjalnym” czy niepowtarzalnym oraz o możliwości bycia rozumianym tylko przez inne specjalne osoby (lub instytucje) o wysokiej pozycji oraz obracania się tylko w takim towarzystwie. 4. Potrzeba nadmiernego podziwu. 5. Poczucie uprzywilejowania, nieuzasadnione nadzieje szczególnie korzystnego traktowania lub automatycznego respektowania własnych oczekiwań przez innych. 6. Wyzyskiwanie związków z ludźmi, wykorzystywanie innych dla osiągania własnych celów. 7. Brak empatii, niechęć do dostrzegania lub liczenia się z uczuciami i potrzebami innych osób. 8. Często zawiść wobec innych i przekonanie, że to oni są zawiśni. 9. Aroganckie, bezceremonialne zachowania i postawy.

Źródło: DSM-IV TR (2000); Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 (1998).

Nowsza klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, DSM-V przyjmuje, że zasadniczymi kryteriami cechującymi zaburzenia osobowości są zakłócenia w funkcjonowaniu osobowości (w relacji z samym sobą i innymi osobami) i obecność patologicznych cech osobowości. Dla zdiagnozowania NZO muszą być spełnione następujące kryteria:

- A. Wystąpienie zaburzeń tożsamości, manifestujące się przez zaburzenia funkcjonowania *self* polegające na (ważne jest wystąpienie symptomów z obu grup):
- 1) nadmiernym odnoszeniu się do innych w celu określenia własnej tożsamości i regulacji własnej samooceny; samoocena może być zawyżona lub zaniżona w zależności od zachowania innych osób, regulacja emocjonalna odzwierciedla wahania w obrębie samooceny; wyznaczone sobie cele uzależnione są od aprobaty innych, a osobiste standardy są zawyżone w celu spostrzegania siebie jako kogoś wyjątkowego lub zbyt niskie; częsta jest nieświadomość własnych motywacji;
 - 2) zaburzeniach funkcjonowania interpersonalnego, które polegają na zaburzeniu zdolności do odczuwania empatii, rozpoznawania uczuć i potrzeb innych oraz przecenianiu lub niedocenianiu własnego wpływu na innych. Relacje z innymi są w dużej mierze powierzchowne, istniejące by służyć regulacji samooceny i zaspokajaniu własnych potrzeb; nie ma autentycznego zainteresowania doświadczeniami innych.
- B. Elementem dodatkowym są patologiczne cechy osobowości występujące w następujących obszarach:
- 1) poczuciu wielkościowości, przekonania o posiadaniu specjalnych uprawnień, o byciu kimś wyjątkowym, lepszym od innych czemu towarzyszyć może protekcyjny stosunek do innych, oraz
 - 2) nadmierne próby przyciągnięcia i skupienia uwagi innych, poszukiwanie podziwu.
- C. Upośledzenie funkcjonowania osobowości i ekspresja cech jednostki są względnie stabilne w czasie i powtarzalne w różnych sytuacjach.
- D. Upośledzenie funkcjonowania osobowości i ekspresja cech jednostki nie dają się lepiej zrozumieć jako normatywne dla jej etapu rozwojowego lub środowiska socjokulturowego.
- E. Upośledzenie funkcjonowania osobowości i ekspresja cech jednostki nie wynikają z działania substancji (np. narkotyku czy leku) lub ogólnego stanu medycznego.

Diagnoza różnicowa tego zaburzenia uwzględnia zaburzenia współwystępujące, m.in.: zaburzenia nastroju, zwłaszcza z hipomanią, anoreksję, zaburzenia związane ze stosowaniem substancji psychoaktywnych (m.in.

kokainy) oraz inne zaburzenia osobowości, najczęściej: histrioniczne, z pogranicza, antyspołeczne i paranoiczne. Osobowość ta jest szczególnie narażona na zaburzenia adaptacyjne.

9.2.2. Opis przypadku

Pan L. jest 26-letnim studentem trzeciego roku medycyny, cierpiącym od kilku lat na depresję oraz lęk i uczestniczącym z tego powodu w psychoterapii. Pan L. zawsze wyróżniał się akademicko – był prymusem w swojej klasie w szkole średniej, i uzyskał możliwość studiowania w najlepszych uczelniach medycznych w kraju. Na studiach otrzymał stypendium rektora za wyniki w nauce. W dodatku do osiągnięć naukowych, pan L. dumny jest ze swego wyglądu i uważa się za o wiele bardziej przystojnego niż jego koledzy z uczelni.

Podczas swojej pierwszej sesji terapeutycznej z psychiatrą, pan L. przynosi egzemplarz swego życiorysu, jak również kopie jego medycznych esejów szkolnych i nalega, aby psychiatra przeczytał je przed rozpoczęciem sesji. Stwierdza, z małym uśmieszkiem: „Ja jestem inny niż większość pańskich pacjentów”. Ponadto, pan L. pyta psychiatrę: „dokładnie jak długo zajmuje się pan psychoterapią? Wygląda pan bardzo młodo, jak ktoś w moim wieku. Uczestniczyłem w wielu zajęciach z psychiatrii i z psychologii. Gdzie zdobywał pan kwalifikacje zawodowe?”

Podczas kolejnych sesji pan L. mówi obszernie o jego pogardzie dla swych profesorów, kolegów i medycznego nauczania w ogóle. Czuje, że wielu z jego profesorów „nie jest bystrych” i że ich zrozumienie podstawowych pojęć medycznych jest w najlepszym przypadku pobieżne. Opowiada epizod z jednego ze swoich seminariów, kiedy prowadzący je profesor został zapytany przez jednego ze studentów, ale nie mógł udzielić właściwej odpowiedzi. Pan L. znał odpowiedź i stwierdził bez wahania, deklarując do psychiatry: „było jasne dla wszystkich wokół, że wiem więcej od uczestników, jak i od prowadzącego, nie mogę uwierzyć, że nie uznali tego. Po prostu zazdrościli, że student medycyny wie więcej niż oni”.

Społecznie pan L. ma bardzo niewielu bliskich przyjaciół i uważa, iż to dlatego, że nie spotyka ludzi, którzy dorastają do jego wysokich standardów intelektualnych i fizycznych. Ma jednego lub dwóch kolegów szkolnych, z którymi sporadycznie studiuje, ale poza tym jego interakcje z rówieśnikami są powierzchowne i pozbawione prawdziwej przyjaźni. Zapytany, czy kiedykolwiek dochodziło do konfliktów z rówieśnikami, pan L. opowiada najnowszy przykład, kiedy wziął jedyną kopię cennego podręcznika z biblioteki szkolnej, tak aby mógł ją przeczytać w domu,

w swoim wolnym czasie. Kiedy jeden z jego kolegów dowiedział się o tym, zażądał, aby L. zwrócił książkę do biblioteki. Pan L. zadrwił z niego i odmówił, twierdząc: „nie mogę uwierzyć, Tomasz miał odwagę, żeby mnie poprosić o zwrócenie książki. To nie jest przecież tak, jak uczyniłby to ktoś jemu podobny, on tylko zamierza zostać psychiatrą, a ja chcę być chirurgiem”.

(Przypadek wzorowany na ilustracji przedstawionej przez Sheenę Ambardar w: <http://emedicine.medscape.com/article/1519417-overview>).

9.3. Koncepcje wyjaśniające

9.3.1. Współczesne podejście psychoanalityczne

W literaturze psychoanalitycznej pojęcia narcyzmu używa się na kilka różnych sposobów (Pulver, 1970): klinicznie, na oznaczenie perwersji seksualnej, genetycznie, na oznaczenie fazy rozwoju, w terminach relacji z obiektem, na oznaczenie typu wyboru obiektu i sposobu odnoszenia się do środowiska, na oznaczenie różnych aspektów złożonego stanu ego, jakim jest samoocena.

Termin „narcystyczny” może opisywać typ libido lub jego obiekty; fazę rozwoju, typ lub sposób wyboru obiektu; postawę; systemy i procesy psychiczne; albo typ osobowości, która może być względnie normalna lub patologiczna – neurotyczna, psychotyczna, lub *borderline* (Moore, 1975). Zakres znaczeniowy tego terminu jest wystarczająco szeroki, by ująć go w postaci definicji, tak jak to sformułował Brenner (1955), który przyjął, że termin narcyzm jest używany do wskazania co najmniej trzech trochę odmiennych, chociaż powiązanych spraw, gdy stosowany jest do osób dorosłych. Są to: hiperkateksja *self*, hipokateksja obiektów w otoczeniu i patologicznie niedojrzałe relacje z tymi obiektami.

Implikacje teoretyczne, które nasuwają się w tym miejscu, są następujące: narcyzm jest w sposób nieodłączny związany z losami rozwoju popędowego i wpływa na relacje z obiektami, narcyzm patologiczny jest w sposób szczególnie związany z fiksacjami libidinalnymi i agresywnymi w preedypalnych etapach rozwoju, narcyzm służy funkcjom obronnym i kompensacyjnym w sytuacjach konfliktów w relacjach z obiektami, wywoływanych przez wyżej wspomniane fiksacje (Hanly, Masson, 1976). Koncepcje teoretyczne w paradygmacie psychoanalitycznym nie przedstawiają specyficznej genezy NZO, ale traktują zaburzenia narcystyczne jako pewną grupę. Dla ich zilustrowania wybrane zostały podejścia, reprezentujące dwa psychodynamiczne modele rozumienia człowieka, model deficytu i model konfliktu.

9.3.2. Narcyzm w koncepcji Heinza Kohuta

Kohut dzieli zaburzenia *self* na zaburzenia pierwotne i wtórne (reaktywne) i umiejscawia zaburzenia narcystyczne wśród tych pierwszych. Pierwotne zaburzenia *self* można podzielić na kilka podgrup, w zależności od rozmiaru, głębokości i trwania zaburzenia: w poważnych uszkodzeniach *self* pojawiają się objawy tradycyjnie określane jako psychozy, drugą grupę stanowią stany z pogranicza, następna obejmuje osobowości schizoidalne i paranoiczne. Znacząco liczną grupą jest następna podgrupa, narcystyczne zaburzenia zachowania i narcystyczne zaburzenia osobowości.

Wśród wtórnych zaburzeń *self* Kohut wymienia reakcje *self* na chorobę somatyczną lub niezdolności spowodowane nerwicą, gdy np. niemożliwość poruszania się lub chroniczny nerwicowy lęk powstrzymują daną osobę od osiągnięcia zasadniczych celów jej *self*. Kohut (1966) wyróżnił kilka zjawisk, które stanowią według niego wyższe, nie mające związku z patologią, formy narcyzmu. Do najistotniejszych zaliczył: empatię, wiedzę, humor, twórczość i kosmiczny narcyzm. Według Kohuta podczas powstawania i konstytuowania się *self*, doświadczenia stają się prototypem określonych form naszej późniejszej wrażliwości i ochrony w sferze narcystycznej: upadków i wzlotów w poczuciu własnej wartości, większego lub mniejszego zapotrzebowania na dumę, na fuzję z wyidealizowanymi figurami oraz większej lub mniejszej spójności naszego *self*.

Często genezę zaburzeń stanowi nieobecność empatycznych odpowiedzi rodziców na dziecięce potrzeby odzwierciedlania i znalezienia celu dziecięcych idealizacji. Drugim ważnym czynnikiem leżącym u podłoża zaburzeń narcystycznych jest patologiczny wpływ rodzicielskiej psychopatologii, a szczególnie ich narcystyczna fiksacja. To, czego potrzebuje dziecko, nie jest ciągłym, doskonałym odzwierciedlaniem ze strony obiektu *self* i nierealistycznym podziwem, bo w optymalnych warunkach dziecko ma stopniowo doświadczać niezbędnego do konsolidacji *self* rozczarowania. Patogenna jest chroniczna niezdolność do właściwego odpowiadania i empatycznej fuzji z dzieckiem, spowodowana zazwyczaj rodzicielską patologią w sferze *self* (niekompletność, fragmentacja, ich narcystyczne potrzeby) oraz towarzyszące temu z jednej strony wygórowane uwielbienie, a z drugiej wymagania i surowość wypływająca z przekonania, że dziecko nie spełnia tych oczekiwań.

Normalna dziecięca ewaluacja wyidealizowanego obiektu poprzez optymalną frustrację staje się bardziej realistyczna. Prowadzi to do wycofania narcystycznych idealizujących kateksji z imago obiektu i ich stopniową internalizację, np. poprzez nabywanie trwałych struktur psychologicznych, które już intrapsychicznie kontynuują funkcje poprzednio pełnione przez

wyidealizowany obiekt. Jeśli relacja dziecka do wyidealizowanego obiektu jest poważnie zakłócona wymagane struktury wewnętrzne nie są nabywane, a dziecko ulega fiksacji na archaicznym obrazie obiektu. Rezultatem jest brak lub nieadekwatność rozwoju idealizacji wartości i zasad przewodnich oraz funkcji empatii, kreatywności, humoru i wiedzy. Osoba jest później patologicznie zależna od innych, co przejawia się przez intensywny „głód obiektu”. Ta intensywność poszukiwania i zależności od tych obiektów wynika z chęci znalezienia „substytutu” brakujących segmentów psychicznej struktury, niezbędnych do „obsługiwania” funkcji stabilizujących zagrożonego *self*, które nie zostały ustabilizowane w dzieciństwie. Charakterystyczną „jakością” tych relacji jest to, że najczęściej nie towarzyszy im rozpoznanie autonomii tych obiektów, co znajduje odzwierciedlenie w niezdolności do empatii i troszczenia się o nich oraz ich przedmiotowego wykorzystania. Wycofanie się do archaicznych idealizacji może przejawiać się w formie hiperkateksji archaicznych form wielkościowego *self*. Prowadzi to do depresji, braku zdolności realizowania ambicji i celów oraz drażliwości. Osoba taka staje się niezdolna do czerpania przyjemności z różnych funkcji i aktywności oraz solidnego poczucia własnej wartości. Wytwarza się wówczas syndrom emocjonalnego chłodu, skłonności do wstydu i hipochondrii. Przejawy pierwotnego defektu strukturalnego – chroniczne osłabienie *self* ze skłonnością do tymczasowych fragmentacji w strukturze, osoba stara się ukryć za pomocą struktur obronnych lub kompensacyjnych.

Analizując formacje obronne, można wymienić: pseudowitalność, jawne podniecenie oraz szczególnie nasycone emocjami fantazje (najczęściej wielkościowe lub o tematyce seksualnej). Ta hiperstymulacja *self* jest rezultatem nadmiernych i nieempatycznych lub niewłaściwych fazowo odpowiedzi ze strony obiektu *self* i może odzwierciedlać zarówno pole wielkościowo ekshibicjonistyczne, jak i ideałów lub oba jednocześnie. Kohut uważa, że obrony te muszą być rozumiane jako „samostymulacyjne” próby przeciwdziałania poczuciu osamotnienia, apatii, wewnętrznej martwocie i depresji. Takie mechanizmy mogą prowadzić również do uzależnień, perwersji, zachowań kryminalnych oraz częstego pragnienia mistycznej jedności z wyidealizowanymi onnipotentnymi religijnymi lub politycznymi figurami. Służy to ochronie przed głębokim poczuciem braku troski, bezwartościowości i odrzucenia, czemu towarzyszy nieustający głód wsparcia i odpowiedzi.

Dorośle zachowania i fantazje nie są jednak dokładną repliką oryginalnych obron z dzieciństwa. Mimo przekształcenia tych dziecięcych fantazji (podczas entuzjastycznej i idealistycznej adolescencji) ich romantyczne ideały nie stają się jednak tłem dorosłego życia, tak jak jest to w normalności. W przypadku zaburzeń narcystycznych nie dochodzi bowiem do zadowalającej integracji z celami dojrzałej osobowości, a dramatyczne i silnie ekshibi-

cjonistyczne aspekty osobowości nie zostają podporządkowane dojrzałej produktywności.

Osobowości narcystyczne cierpią z powodu braku optymalnych internalizacji archaicznego obiektu *self* – idealizowanego obrazu rodzica (Kohut, 1971). Wyidealizowany obraz rodzica stanowi etap rozwoju narcystycznej części osobowości. Jeżeli nastąpi traumatyczna utrata lub pozbawienie idealizowanego obiektu rodzicielskiego, w mniejszym lub większym stopniu nie dochodzi do transformacji i internalizacji. Następuje fiksacja do obrazu idealnego rodzica albo jego bardziej archaicznych form.

Idealizacje dokonywane przez małe dziecko należą genetycznie i dynamicznie do kontekstu narcystycznego. Jakość kateksji libidinalnych, a nie sfera obsadzenia popędowego określa, czy jakaś internalizacja jest narcystyczna lub zorientowana na obiekt. Z powodu traumatycznej utraty idealizowanego obiektu lub traumatycznego rozczarowania nim nie zachodzi optymalna internalizacja. Wycofanie się do archaicznych idealizacji może przejawiać się w formie hiperkateksji archaicznych form wielkościowego *self*. Wytwarza się wówczas syndrom emocjonalnego chłodu, skłonności do wstydu i hipochondrii.

Zasadniczy wpływ na patologiczny rozwój *ego* mają rozczarowania dotyczące preedypalnych postaci rodzicielskich. W normalnym rozwoju zachodzi stopniowa akceptacja ograniczeń dobroci, wielkości i mocy własnego *self* oraz obiektów rodzicielskich (Kohut, 1971). Symptomy patologii narcystycznej są końcowymi produktami niezdolności rodziców do empatycznej fuzji z dzieckiem, która jest zazwyczaj spowodowana ich wrogością lub własną narcystyczną fiksacją. Narcystyczni rodzice mogą więc z jednej strony przesadnie wielbić dziecko, a z drugiej stawiać mu nadmierne wymagania. Do łagodzenia uczucia bezradności dziecko wymaga, aby rodzic służył mu jako obiekt *self*, tzn. obiekt zapewniający realizowanie funkcji, których dziecko nie jest w stanie wykonać samodzielnie. Przez empatyczne powtarzanie normalnej wybujałej ambicji i odzwierciedlanie wspaniałości dziecka, rodzic zapobiega doświadczeniu dezorganizacji i bezradności. W normalnych warunkach, przy optymalnej frustracji dziecko powinno stopniowo internalizować funkcje pełnione przez obiekty *self* i przekształcać swoje archaiczne poczucie omnipotencji i idealizację w bardziej realistyczne. Niepowodzenie w empatycznym zaspokajaniu dziecięcej omnipotencji i ambicji oraz nieudana idealizacja przyczynia się do zahamowania rozwoju *self* i jego patologii. Skutkiem tego jest fiksacja na archaicznej omnipotencji i ekshibicjonizmie z jednej strony i/lub archaicznym wyidealizowanym obrazie rodzica z drugiej. Odseparowanie tych struktur powoduje, że nie podlegają one dalszym etapom rozwoju z resztą *self*. Jeśli relacja dziecka do wyidealizowanego obiektu jest poważnie zakłócona, to struktury wewnętrzne nie powstają, a dziecko pozostaje zafiksowane na archaicznym obrazie obiektu.

Kohut nie rozpatruje NZO na podstawie nierozwiązanego konfliktu pomiędzy strukturami (które według niego są w gruncie rzeczy nienaruszone), ale o formy psychologicznych niesprawności powstających w wyniku wadliwości centralnych struktur *self*. Uważa, że osoby z NZO cierpią z powodu defektów w ich *self* i dlatego należy się skupić na ich naturze i umiejscowieniu. Píše: „Nuklearna psychopatologia narcystycznych zaburzeń osobowości [...] zawiera defekty, nabyte w dzieciństwie w psychologicznej strukturze *self* i wtórne formacje strukturalne, również wzniesione w dzieciństwie” (Kohut, 1977, s. 3). Objawy narcystycznych zaburzeń osobowości i zachowania są wynikiem uszkodzenia struktur narcystycznych, czyli wielkościowego *self* lub wyidealizowanego rodzica. Niezmieniona i archaiczna wielkościowość i ekshibicjonizm nie może zostać zintegrowana z resztą stopniowo dojrzewającej psychiki, wskutek czego dochodzi do ich wyparcia i odseparowania przez rozszczepienie.

Kohut (1971) zaznacza, że omawiani przez niego pacjenci zaliczeni mogą być do kategorii pośredniej między nerwicami przeniesieniowymi (w ujęciu Freuda) a nerwicami narcystycznymi. Ich skargi i symptomy mogą być charakteryzowane przez dwie następujące cechy. Pacjenci ci wydają się charakteryzować czymś, co zazwyczaj nazywane bywa wystarczająco ukształtowanym *ego*, umożliwiającym im nawiązanie wystarczająco stabilnej i bliskiej relacji z analitykiem, która może stać się podstawą przeniesienia, oraz pozwala na dokonywanie wartościowej samoobserwacji. Ich psychopatologia dotyczy w mniejszym stopniu konfliktów związanych z relacjami edypalnymi, które mogą zostać reaktywowane w nerwicy przeniesieniowej, a w większym bardziej pierwotnych, głównie preedypalnie zdeterminowanych problemów związanych z różnicowaniem *self* od obiektu.

Zarówno NZO, jak i stany *borderline* odzwierciedlają patologiczne fiksacje w rozwoju *self*. Osobowość narcystyczną charakteryzuje spójne *self*, które, chociaż podlega czasowym regresyjnym fragmentacjom, to jednak ma zdolność do nawiązania stabilnego narcystycznego przeniesienia. Osobowość narcystyczna doświadcza „wyczerpania *ego*”, ponieważ jej libido utrzymuje stan kateksji pierwotnego wielkościowego *self* i idealizowanych obiektów, a nie dojrzale funkcjonującego *ego*.

Podsumowując podstawowe założenia Kohutowskiej teorii libido, możemy przyjąć: niezależność dróg miłości narcystycznej i obiektualnej, założenie, że są wyższe formy i transformacje narcyzmu, które są wolne od psychopatologii i nie są one rezultatem regresji do wcześniejszych libidinalnych fiksacji oraz tezę, iż narcystyczne libido cechuje się osobnymi właściwościami i nie „pasożytuje” na libido obiektualnym oraz nie zawsze skutkuje redukowaniem ilości i zubożeniem jakości afektu dostępnego relacjom obiektualnym (Hanly, Mason, 1976).

9.3.3. Narcyzm w ujęciu Ottona Kernberga

Proponowana przez Kernberga koncepcja wyjaśniająca genezę zaburzeń narcystycznych pozwala na określenie stopnia tożsamości ego, poziom rozwoju i wzajemnych relacji *ego* i *superego* opis relacji jednostki z obiektem, charakterystykę stosowanych mechanizmów obronnych oraz stopień testowania rzeczywistości.

Kluczowa dla powstania zaburzeń narcystycznych jest faza integracji reprezentacji *self* i obiektu oraz rozwoju struktur wyższego rzędu, kiedy już istnieje wstępna integracja reprezentacji złego *self* i dobrego *self* w jedną reprezentację *self* oraz integrację złego i dobrego obiektu w całościową reprezentację obiektu, co umożliwia pojawienie się stałości obiektu. Pozwala to na powstanie wyraźniejszej struktury *ego* i umacnianie jego granic. W celu utrzymania idealnej relacji z matką pojawia się tendencja do oddzielenia libidinalnie obsadzonych i agresywnie obsadzonych reprezentacji *self* i reprezentacji obiektu. Tendencja ta jest realizowana poprzez mechanizm rozszczepienia, który na tym etapie rozwoju jest niezbędny i pożądany, a który prowadzi do patologii, jeśli wskutek niekorzystnych doświadczeń lub czynników konstytucjonalnych się utrzyma. W efekcie prowadzi to do braku wytworzenia koncepcji własnej osoby oraz całościowego obrazu obiektu.

Granice *ego* nie są jeszcze ukształtowane, co przy jednoczesnej obecności rozszczepienia i dopiero umacniającego się wyparcia może w sytuacjach stresu prowadzić do refuzji reprezentacji dobrego *self* i dobrego obiektu, który jest stopniowo idealizowany. *Ego* i *superego* nie są w pełni od siebie oddzielone. Słabość *ego* prowadzi do nietolerowania złości, zahamowania rozwoju, sublimacji i funkcjonowania poznawczego, które wykazuje cechy myślenia pierwotnego.

Centralnymi mechanizmami obronnymi są rozszczepienie oraz prymitywna dysocjacja, którym towarzyszą identyfikacja projekcyjna, zaprzeczenie, prymitywna idealizacja, onnipotencja, onnipotentna kontrola i dewaluacja. Podstawową funkcją tych obron jest utrzymywanie w separacji wyidealizowanych i prześladowczych zinternalizowanych relacji obiektualnych pochodzących z wczesnych faz rozwojowych poprzedzających stałość obiektu, osłabiając jednocześnie funkcję syntetyzującą *ego*. Ponadto te mechanizmy obronne umożliwiają obronną identyfikację *self* jednostki ze zwiastunami jego ideału. Patologiczne obrony charakteru mają przede wszystkim charakter impulsywny i są naznaczone popędowo, jednak obrona przed bezpośrednim impulsem i ekspresją tego impulsu są tak połączone, że pierwotna ekspresja tego impulsu ujawnia się tylko przez obronę. Przeciwnie sobie wzorce zachowania pozostają odseparowane, umożliwiając istnienie obok siebie ekspresji pochodnych popędu i reakcji uporzakowanych.

Obrony osób narcystycznych chronią je nie tylko przed intensywnością własnej narcystycznej wściekłości, ale również przed ich głębokim przekonaniem bezwartościowości, przerażającym wyobrażeniem świata jako pozbawionego „pokarmu” i miłości oraz przed obrazem „głodnego” *self* chcącego pożerać i zabijać, by przetrwać (Kernberg, 1974).

Umiejętność jednoczesnego utrzymywania sprzecznych obrazów *self* i obiektu jest zakłócona przede wszystkim z powodu dominacji pregenitalnej agresji. Tworzy ona zabarwione sadystycznie, polimorficznie perwersyjne pochodne, które zaburzą zarówno zinternalizowane, jak i zewnętrzne relacje z obiektem. Konflikty edypalne są więc wymieszane z sadystycznymi i masochistycznymi potrzebami pregenitalnymi, a impulsy edypalne mogą być wyrażane w masochistycznych fantazjach dotyczących rodzica.

Relacje z obiektem cechują się głęboką patologią. Niemożność integracji libidinalnych i agresywnych reprezentacji *self* i obiektu sprawia, że relacje z obiektem są tylko albo zaspokojeniem potrzeb, albo zagrożeniem. Zinternalizowane relacje z obiektem mają charakter częściowy, brakuje więc stałości obiektu i związanej z nią zdolności do utrzymywania więzi z ukochaną osobą i jej wewnętrzną reprezentacją. Brak integracji różnych obrazów *self* powoduje, że brak także zintegrowanego poczucia siebie. W konsekwencji może dochodzić do sporadycznych zaburzeń testowania rzeczywistości w relacjach obiektualnych w sytuacji silnego napięcia. Przyczynia się do tego relatywnie dobre funkcjonowanie *ego* i powierzchniowa adaptacja przy jednoczesnej obecności prymitywnych mechanizmów obronnych oraz braku całościowych reprezentacji obiektów.

Kernberg (1974) uważa, że narcyzm nie poprzedza kateksji obiektualnych, co oznacza, że narcystyczne kateksje *self* oraz kateksje obiektu zachodzą równocześnie i ściśle na siebie wpływają. W normalnych warunkach wzrost libidinalnego obsadzenia *self* prowadzi również do wzrostu libidinalnej inwestycji w obiekt. Oznacza to, że *self* ze zwiększonym libidinalnym obsadzeniem jest zdolne do zainwestowania więcej w zewnętrzne obiekty i ich zinternalizowane reprezentacje. Wzrost obsadzenia narcystycznego przebiega równocześnie ze wzrostem zdolności do miłości i dawania. Kernberg (2002) odróżnia patologiczny narcyzm od normalnego narcyzmu, jak i od fiksacji na lub regresji do normalnego narcyzmu dziecięcego. Wyróżnia dwie kategorie normalnego narcyzmu: normalny narcyzm dojrzały, charakteryzujący się prawidłową regulacją poczucia własnej wartości, opartą na prawidłowej strukturze *self*, która ma zintegrowane libidinalnie i agresywnie obsadzone komponenty, oraz normalny narcyzm infantylny składa się z regulacji poczucia własnej wartości poprzez stosowne do wieku gratyfikacje.

Narcyzm patologiczny nie odzwierciedla po prostu libidinalnej inwestycji w *self* (w przeciwieństwie do inwestycji w obiekty), ale libidinalną

inwestycję w patologiczną strukturę *self* (Kernberg, 1974). To patologiczne *self* pełni funkcje obronne wobec leżącego u jego podłoża libidinalnie i agresywnie obsadzonego prymitywnego *self* oraz wyobrażeń obiektu, które odzwierciedlają pregenitalne konflikty wokół miłości i agresji. Właściwości osobowości narcystycznej nie mogą być rozumiane w kategoriach fiksacji na wczesnym poziomie rozwoju lub braku rozwoju w pewnych intrapsychicznych strukturach, ponieważ są one konsekwencją rozwoju patologicznych procesów różnicowania i integracji struktur *ego* i *superego*, kształtujących się w wyniku patologicznych relacji z obiektem.

W obrębie narcyzmu patologicznego Kernberg wyróżnia trzy jego typy: regresję do infantylnej regulacji poczucia własnej wartości, narcystyczny wybór obiektu i właściwą osobowość narcystyczną. Ponieważ jednostki z osobowością narcystyczną mogą funkcjonować na pewnym kontinuum, Kernberg wyróżnił jeszcze ich dwie kategorie znajdujące się na psychodynamicznym spektrum zaburzeń narcystycznych – narcyzm złośliwy i właściwą osobowość antyspołeczną. Najpoważniejszym typem patologii narcystycznej jest właściwa osobowość narcystyczna, której głównym problemem wydaje się zaburzenie samooceny w połączeniu ze specyficznymi zaburzeniami w relacjach obiektualnych.

Pacjenci o osobowości narcystycznej prezentują niezwykle stopień odniesienia do *self* i nadmiernego skoncentrowania na sobie, przy jednoczesnym powierzchownie gładkim i skutecznym społecznym przystosowaniu, lecz z poważnymi zakłóceniami w wewnętrznych relacjach z innymi. Do głównej charakterystyki osobowości narcystycznych należą: wielkościowość, ekstremalne skoncentrowanie na sobie i nadzwyczajny brak empatii i zainteresowania innymi, pomimo że są oni bardzo gorliwi w uzyskiwaniu podziwu i aprobaty od innych ludzi. Mają ogromną potrzebę bycia kochanymi i podziwianymi przez innych i przejawiają sprzeczność pomiędzy bardzo wygórowanym pojęciem siebie a nadmierną potrzebą uznania ze strony innych. Tej nadmiernej zależności od pochwał ze strony innych nie towarzyszy jednak uczucie wdzięczności. Pochwały są raczej traktowane jako coś należnego, zamiast stawać się źródłem zadowolenia (Kernberg, 1970, 1974, 2002). Ich życie emocjonalne jest płytkie, szczególnie w relacjach z innymi. Towarzyszy im nie tylko brak emocjonalnej głębi i nieumiejętność rozumienia złożonych emocji u innych ludzi, ale brak im także umiejętności różnicowania swoich własnych emocji z nagłymi wybuchami i późniejszym rozproszeniem emocji. Przy doświadczaniu niewielkiej empatii dla uczuć innych uzyskują także niewiele zadowolenia z życia, inaczej niż z własnych fantazji wielkościowych. Czują niepokój oraz znudzenie, kiedy zewnętrzny blask gaśnie i brak nowych źródeł mogących zaspokoić ich szacunek do samych siebie. Ponadto, jednostki narcystyczne prezentują szczególny nie-

dostatek szczerych uczuć smutku i tęsknoty, a ich nieumiejętność doświadczania reakcji depresyjnych jest podstawową cechą ich osobowości. Kiedy zostaną porzucone lub zawiedzione, mogą pokazać coś, co z pozoru podobne jest do depresji, lecz w głębszej analizie pojawia się jako gniew i uraza, przepełniona mściwymi życzeniami, zamiast rzeczywistego smutku. Niektórzy pacjenci z osobowością narcystyczną prezentują silne świadome uczucia niepewności i niższości. Czasami takie uczucia niższości i niepewności mogą występować na przemian z uczuciami wielkościowości i fantazjami o onnipotencji. Samoocena u tych osób jest w większym stopniu regulowana przez wstyd, aniżeli przez poczucie winy. Warto podkreślić obecność chronicznej, wielkiej zawiści oraz obron przed nią, a w szczególności dewaluacji, onnipotentnej kontroli i narcystycznego wycofania, jako głównych właściwości ich życia emocjonalnego.

Pacjenci ci przejawiają nastawienie wyższościowe, które wyraża się przez tendencje ekshibicjonistyczne, dążenie do górowania nad otoczeniem, nonszalancją oraz rozbieżnością pomiędzy nieopanowanymi ambicjami, a tym, co mogą rzeczywiście osiągnąć. Stany wielkościowe występują naprzemiennie z poczuciem małej wartości i brakiem poczucia bezpieczeństwa, co sprawia, że ci pacjenci oscylują od wyższości nad otoczeniem do zupełnej bezwartościowości.

Do patologicznej fuzji idealnego *self*, idealnego obiektu i aktualnych wyobrażeń *self* doprowadza patologicznie zwiększony rozwój oralnej agresji, ale trudno jest ocenić, jaki zakres tego rozwoju przedstawia konstytucjonalnie zdeterminowany agresywny popęd czy konstytucjonalnie zdeterminowany brak tolerancji lęku w odniesieniu do agresywnych impulsów i poważnych frustracji we wczesnych latach ich życia. Chronicznie zimne postacie rodzicielskie z ukrytą, ale intensywną agresją są bardzo częstym czynnikiem u podłoża problemów tych pacjentów. Kernberg (1970) twierdzi, że konsekwentnie obecne są figury rodzicielskie, zwykle narcystyczna matka, która z pozoru funkcjonuje dobrze, w pozornie dobrze zorganizowanym domu, ale ze stopniem bezduszości, obojętności i niezwerbalizowanej złośliwej agresji. Kiedy intensywna oralna frustracja, uraza i agresja rozwinęły się w dziecku, musi ono bronić się przed ekstremalną zawiścią i nienawiścią. Pacjenci ci prezentują kilka specyficznych cech, które odróżniają ich od pacjentów *borderline*. Ich historie ujawniają, że każdy pacjent ma pewną wrodzoną cechę, która może obiektywnie wzbudzać zawiść lub podziw innych. Na przykład niezwykła atrakcyjność fizyczna lub pewne talenty stają się ochroną przed podstawowymi uczuciami bycia niekochanym i bycia obiektem mściwej nienawiści. Czasami zimna wrogość matki w narcystycznym wykorzystaniu dziecka czyniła je „wyjątkowym”, wywołując jednocześnie poszukiwania kompensacyjnego podziwu i wielkości oraz przyczyniając się

do rozwijania charakterologicznych obron dewaluacji innych. Ci pacjenci często zajmowali osiowy punkt w ich rodzinnej strukturze, taki jak bycie jedynakiem lub jedynym błyskotliwym dzieckiem, lub tym jedynym, który miał spełniać rodzinne aspiracje.

Patologiczne, wielkościowe *self* pacjentów narcystycznych odzwierciedla kateksję libidinalną w patologiczną strukturę *self*. Według Kernberga to patologiczne wielkościowe *self* zawiera rzeczywiste *self*, idealne *self* i idealne reprezentacje obiektu. Zdewaluowane, agresywnie zdeterminowane reprezentacje *self* i obiektu są odszczepione lub zdysocjowane, wyparte lub wyprojektowane. Psychoanalityczne rozwiązanie wielkościowego *self* uruchamia w przeniesieniu prymitywne relacje obiektualne, konflikty, strukturę *ego* i obrony charakterystyczne dla stadiów rozwojowych, które poprzedzają stałość obiektu. Analizując rozwój psychiczny osób z narcystycznymi zaburzeniami osobowości w kategoriach modelu rozwoju separacji-indywiduacji, Kernberg (2002) dochodzi do wniosku, że pomiędzy trzecim a piątym rokiem życia, osobowość narcystyczna zamiast integrowania pozytywnych i negatywnych reprezentacji *self* i obiektów łączy z sobą wszystkie pozytywne reprezentacje *self* i obiektów. W rezultacie powstaje ekstremalnie nierealistyczne i wyidealizowane, patologiczne, wielkościowe *self*.

Najbardziej istotną różnicą pomiędzy strukturą narcystyczną a strukturą *borderline* jest posiadanie przez osobowość narcystyczną zintegrowanego, choć wysoce patologicznego, wielkościowego *self* (będące kondensacją realnego *self*, idealnego *self* i idealnego obiektu). Integracja wielkościowego *self* ma kompensować brak normalnego, zintegrowanego pojęcia *self*, które charakteryzuje jednostki o organizacji osobowości neurotycznej.

9.3.4. Podejście poznawcze

W psychologii poznawczej narcyzm rozpatrywany jest w kontekście specyficznych dla tego zaburzenia przekonań poznawczych oraz charakterystycznych zniekształceń przetwarzania informacji. Osoba narcystyczna nie otrzymuje informacji zwrotnych na temat swego podobieństwa do innych bądź otrzymuje wyłącznie informacje krytyczne (Beck 1995). Krytyczne informacje pochodzące od otoczenia mogą także być zniekształcane przez rodziców.

Beck i in. (2003) podaje listę treści schematów poznawczych charakterystycznych dla NPD, wśród których możemy przywołać następujące: „jestem kimś szczególnym”, „należy mi się szczególne traktowanie i przywileje”, „nie muszę przestrzegać zasad, które dotyczą innych ludzi”. Przekonanie kluczowe typowe dla osobowości narcystycznej wiąże się z niższością i nie-

ważnością. Można je zaobserwować przede wszystkim w sytuacji zagrożenia samooceny danej osoby. Charakterystyczne są kompensacyjne przekonania o wyższości: „jestem osobą wyjątkową i rzadką” lub „jestem lepszy od innych”. Sporządzona przez Becka (2005) lista przekonań narcystycznych typowych dla osób narcystycznych obejmuje następujące stwierdzenia: „ponieważ jestem wyjątkowy, należy mi się taryfa ulgowa, specjalne przywileje i prerogatywy”, „jestem lepszy od innych ludzi, którzy powinni to przyjąć do wiadomości”, „jestem ponad zasadami”.

Przekonania (założenia) warunkowe zatem opierają się na stwierdzeniach: „muszę odnieść sukces, aby udowodnić, że jestem lepszy” i „jeśli nie odnoszę sukcesów, to znaczy, że jestem bezwartościowy”. Ponieważ „sukces” dla osoby narcystycznej uwarunkowany jest podziwem ze strony innych, więc przekonania warunkowe mogą być sformułowane następująco: „jeśli mam utrzymać swój nadrzędny status, to powinienem oczekiwać od innych uległości” i „jeśli inni nie uznają mojej wyjątkowej pozycji, to należy ich ukarać”. Przekonanie instrumentalne brzmi więc: „zawsze staraj się zaznaczyć swoją nadrzędność”. Osoby narcystyczne traktują innych ludzi jako przedmioty czy narzędzia, które mogą im pomóc w zdobywaniu wyróżnień. Porównują się z innymi i szacują ich wartość. Jeżeli dana osoba może się być przydatna dla realizacji własnych celów narcyza, ten będzie szukać z nią kontaktu i idealizować ją. Wartość innych zależy od tego, jak można ich wykorzystać i w jakim stopniu są gotowi podziwiać osobę narcystyczną. Inni mogą być uznawani za przedłużenie siebie (żona, mąż, dziecko). „Moje dziecko/mąż/żona musi dobrze o mnie świadczyć”. Jeżeli bliskim nie uda się wzbudzić podziwu lub jeżeli nie spełniają narcystycznych wymagań, można ich ośmieszyć lub ukarać. W relacjach społecznych osoba narcystyczna szuka uznania dla swoich wyjątkowych zalet, natomiast nie jest skłonna do analizowania swych odczuć związanych z poczuciem niższości. Zakłada, że określone okoliczności i namacalne dobra stanowią potwierdzenie jej wyższości, wyjątkowego statusu oraz ważności. Pojawiające się u osoby narcystycznej myśli automatyczne mogą przedstawiać się następująco: „osoby mające kontakt ze mną powinny być mi wdzięczne” bądź „jak ktoś śmie zwracać mi uwagę”.

Analizując ujawniające się schematy poznawcze osoby narcystycznej, można zauważyć ich kompensacyjny charakter w stosunku do poczucia niższości i nieważności. Dziecko „nie oswaja się” z poczuciem porażki i frustracją, a zamiast tego uruchamia mechanizmy adaptacyjne mające pomóc mu w osiągnięciu stabilności emocjonalnej. Próby utrzymania pozytywnej samooceny prowadzą do rozbudowania strategii wyolbrzymiania własnej wartości. Możliwe jest to tylko wskutek powtarzającego się potwierdzania samooceny w oczach innych ludzi. Czynnikiem dodatkowym może być

utrzymywanie relacji z podobnymi do siebie osobami, podtrzymującymi przekonanie o wzajemnej wyjątkowości. Obronno-kompensacyjny charakter przekonań narcystycznych uniemożliwia z czasem odbiór informacji zwrotnych o innym znaczeniu niż już istniejące. Postawa wielkości i pochłonięcia sobą zostaje utrwalona, co w prosty sposób wzmacnia kierunek obranej strategii (Beck, 2005).

Styl poznawczy osób narcystycznych cechuje się licznymi zniekształceniami (Beck 2005). Pierwszą cechą narcystycznego stylu poznawczego dychotomiczne ocenianie siebie i innych. Mogą wahać się między całkowicie złym i całkowicie dobrym obrazem siebie, a także obrazem innych osób w zależności od tego, jak oceniają ich skłonność do podziwiania ich i schlebienia im. Ponadto, osoba narcystyczna dąży do znalezienia różnic między sobą a innymi, co ma wzmocnić jej przekonanie o własnej wyjątkowości i niepowtarzalności.

Aby pokazać swoją wyższość, uzyskać uznanie innych i ochronić się przed bólem wynikającym z utraty własnej wartości osoba z NZO może stosować szereg strategii mających na celu wzmocnienie swej ważności, np. przez uzyskiwanie pochlebnym opinii na swój temat. Jednocześnie temu celowi może służyć deprecjonowanie innych osób. Strategią służącą obronie przed utratą wysokiej samooceny może być dewaluowanie innych ludzi.

9.3.5. Narcyzm w teorii społecznego uczenia się

Zastosowanie pojęć i praw teorii uczenia się w odniesieniu do problematyki narcyzmu zaowocowało powstaniem koncepcji Benjamin (1996), Millona (1998) i Millona, Grossmana (2005). Powstania zaburzenia dopatrują się oni w bezkrytycznym przecenianiu dziecka przez otoczenie i powtarzającym się podkreślanu jego wyjątkowości. Traktowane jako osoba wyjątkowa i godne podziwu dziecko nabywa przekonania, że wyjątkowa pozycja w oczywisty sposób obliguje innych do poświęcania czasu i uwagi oraz nagradzania za sam fakt istnienia tej osoby. Przekonania takie są wzmacniane przez najbliższe otoczenie i ulegają generalizacji na inne osoby, czemu towarzyszy deprecjonowanie innych. Ponieważ rodzice nadmiernie adorowali dziecko i starali się zapobiec przeżywaniu przez nie emocji związanych z doświadczeniem frustracji czy porażki, nie okazywali jednocześnie własnych uczuć czy potrzeb. Inni nie istnieją więc dla dziecka jako odrębne osoby o własnych potrzebach, motywach i celach, ale jedynie jako uzupełnienie jego własnej obecności w świecie. Osoba uczy się wybierać z otoczenia takich ludzi, którzy podtrzymują jej poczucie wyjątkowości i nie próbują skorygować jej często sprzecznych z rzeczywistością przekonań. Kryterium

prawdziwości opinii innych stają się własne przekonania, a nie rzeczywistość zewnętrzna. W sytuacji zetknięcia się wewnętrznych przekonań jednostki z rzeczywistością zewnętrzną może dojść do wzmocnienia wielkościowych wyobrażeń na swój temat, przekonania o własnej wartości oraz deprecjonowania opinii innych osób. Czynnikiem wzmacniającym dążenie osoby narcystycznej do perfekcji jest szczególny sposób odnoszenia się rodziców do niej jako dziecka. Opiekunowie są pełni podziwu dla dziecka, ale jednocześnie okupione jest to nietolerancją dla jego porażek czy błędów. Wyznaczają mu wysokie standardy, nie zgadzając się zarazem na jego potknięcie w drodze na szczyt. Dorosła osoba narcystyczna nie potrafi wówczas pogodzić się z najmniejszą nawet niedoskonałością i źle znosi porównywanie swoich dokonań z osiągnięciami innych.

Millon (1998) scharakteryzował osobowość narcystyczną przy użyciu zaproponowanych przez siebie kategorii opisowych pochodzących z kilku poziomów: behawioralnym (ekspresja, zachowanie interpersonalne), fenomenologicznym (styl poznawczy, obraz siebie, reprezentacja obiektów), intrapsychicznym (patomechanizm, organizacja psychiczna) i biopsychicznym (nastrój). Osoby narcystyczne w aspekcie ekspresji charakteryzuje wyniosłość, w aspekcie interpersonalnym dominuje instrumentalny stosunek do innych. Ich styl poznawczy Millon określił jako ekspansywny, cechujący się fantazjami na temat własnych sukcesów i nie liczący się z ograniczeniami narzucanymi przez rzeczywistość. Aby obraz własnej osoby dawał poczucie bycia kimś wyjątkowym i godnym podziwu, musi wzbudzać zachwyt innych (a także siebie samego), a reprezentacje obiektów u osoby narcystycznej określić można jako fikcyjne, gdyż tworzone są według własnych fantazji i wyobrażeń na temat zdarzeń i osób. Na poziomie intrapsychicznym mamy do czynienia z racjonalizacją jako głównym mechanizmem obronnym pozwalającym zawsze zachować dobre zdanie na swój temat i chroniącym przed doświadczeniem porażki. Gdy racjonalizacja zawiedzie, uruchomione mogą zostać mechanizmy fantazjowania i projekcji. Ponieważ regulacja impulsów i ich kontrola słabnie, szczególnie podczas fantazjowania, organizacja psychiczna charakteryzuje się symulowaniem większej dynamiki niż ma to miejsce w rzeczywistości. Konsekwencją jest życie iluzjami, co powoduje podwyższenie nastroju i wiarę w osiągnięcie sukcesu oraz beztrudny optymizm.

10

Zaburzenie osobowości *borderline*

Lidia Cierpiałkowska

10.1. *Borderline* jako typ i struktura osobowości

Zaburzenie osobowości *borderline* (ZOB), do niedawna rzadko rozpoznawane wśród pacjentów, dzisiaj często jest nazywane zaburzeniem osobowości naszych czasów. Podobnego określenia trzy dekady temu użyto wobec zaburzeń narcystycznych. Rosnące wśród klinicystów i terapeutów zainteresowanie tym zaburzeniem powoduje, że zbyt często jest ono rozpoznawane u osób cierpiących na inne zaburzenia psychiczne, przejawiające jednocześnie objawy chwiejności emocjonalnej. Częstość rozpoznawania jest także spowodowana współwystępowaniem ZOB z innymi zaburzeniami psychicznymi, np. z uzależnieniem od alkoholu i narkotyków, zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym czy zaburzeniami afektywnymi.

Pojęcie zaburzenia *borderline* (zaburzenie z pogranicza albo pograniczne) do literatury psychiatrycznej i psychoanalizy wprowadził pod koniec lat trzydziestych Stern (1938 za: Goldstein, 2003) na określenie takiego zespołu symptomów, które z jednej strony są charakterystyczne dla stanów neurotycznych, z drugiej zaś – psychotycznych. W konsekwencji klinicyści postawili pytanie, czy obserwowane objawy *borderline* są oznaką szczególnej formy psychozy, która ma jedynie neurotyczną fasadę, czy też raczej głębokiej neurozy, ujawniającej się tylko w innej postaci niż klasyczna nerwica. Do czasu wprowadzenia do psychopatologii określenia *borderline* wszystko to, co nie było psychozą, diagnozowano jako nerwicę, a to, co nie było nerwicą, uważano za stan psychotyczny. Obserwacje Sterna poprzedziła konkluzja Freuda (1914/1967) o pacjentach zdolnych i niezdolnych do przeniesienia w relacji z analitykiem. Zaobserwowane różnice funkcjonowania pacjentów w relacji terapeutycznej zaowocowały typologią nerwicy na tę opartą na przeniesieniu oraz tę, w której przebiegu przejawów przeniesienia brak. Ponieważ o skuteczności psychoanalizy jako metody leczenia decydowała zdolność pacjenta do przeniesienia, dlatego Freud stwierdził, że dla pierwszej grupy metoda ta jest efektywna, dla drugiej kompletnie nieprzy-

datna. Do tej drugiej grupy należeli pacjenci psychotyczni i osoby z zaburzeniami z pogranicza. Dopiero w teorii relacji z obiektem opisano inne postaci przeniesienia niż w klasycznej psychoanalizie, które są charakterystyczne dla pacjentów pozostających w pozycji schizoidalno-paranoidalnej (Klein, 1946/2005) lub osób o organizacji osobowości *borderline* (Steiner, 2010; Gabbard, Wilkinson, 2011).

We współczesnej literaturze określenie *borderline* czy z pogranicza stosuje się także do nazwania charakterystycznej struktury czy organizacji osobowości. Na przykład Meissner (1988) używał tego pojęcia do całego spektrum zaburzeń osobowości, Kernberg (1967, 1976) wyodrębnił organizację (strukturę) osobowości *borderline*, a Steiner (1987) wskazał na pozycję *borderline*, którą usytuował na granicy pomiędzy pozycją schizoidalno-paranoidalną i depresyjną (Klein, 1940/2007; 1946/2005). E. Zetzel (1971) zaproponowała odróżnienie stanów *borderline* od organizacji osobowości *borderline*, odwołując się w diagnozie do sposobu zachowania pacjenta w relacji z analitykiem. Pierwszy z terminów określa grupę pacjentów, u których już podczas pierwszych spotkań widoczne są przejawy regresji, natomiast drugi wskazuje na osoby, które nawet po kilku sesjach nie wykazują prawie żadnych odchyśleń od normy w relacji z analitykiem. Wyraźniejsze symptomy tego zaburzenia ujawniają się dopiero w czasie trwania analizy.

W porównaniu z okresem sprzed dwudziestu lat, obecny poziom wiedzy na temat uwarunkowań i patomechanizmów zaburzeń osobowości *borderline* jest bardziej wszechstronny i uporządkowany. Niemniej pozostało jeszcze wiele wątpliwości natury teoretycznej i praktycznej wśród klinicystów, zwłaszcza terapeutów zajmujących się psychoterapią osób cierpiących z tego powodu. Chociaż stosowane obecnie psychoterapie: psychoanalityczna, poznawczo-behawioralna czy integracyjna okazują się w różnym stopniu pomocne, to jednak poziom i zakres ich skuteczności jest nadal mało satysfakcjonujący (Clarkin i in., 2001; Cierpiałkowska, 2002). Wydaje się, że istniejące koncepcje i modele zaburzeń osobowości *borderline* wymagają pogłębionej weryfikacji empirycznej, która umożliwiłaby wyjaśnienie patomechanizmu pojawiania i utrzymywania się w przebiegu tego zaburzenia wielu zjawisk istotnie wpływających na efektywność leczenia.

10.2. Obraz kliniczny zaburzenia osobowości *borderline*

10.2.1. Zaburzenie osobowości *borderline* w modelach medycznych

Zaburzenie osobowości *borderline*, według DSM-IV TR (APA, 2000, s. 701), to utrwalony wzorzec niestabilności relacji interpersonalnych, obrazu Ja, emocji oraz znacznej impulsywności, który pojawia się u jednostki

w różnych kontekstach już w okresie adolescencji i utrwała się we wczesnej dorosłości. W klasyfikacji ICD-10 (1994/1998, s. 172) typ osobowości *borderline* i impulsywnej stanowią o osobowości chwiejnej emocjonalnie, która charakteryzuje się trwałymi tendencjami do działań impulsywnych, bez uwzględniania ich konsekwencji oraz znaczącą niestabilnością emocjonalną.

Po raz pierwszy zaburzenie osobowości *borderline* zostało wyodrębnione ze spektrum zaburzeń schizofrenicznych w DSM-III (1980), gdy zaburzenia psychiczne o wyraźnej dynamice objawów umieszczono na Osi I, a zaburzenia ujawniające się w dzieciństwie, adolescencji i dorosłości, odznaczające się dużą stałością i sztywnością umieszczono na Osi II. We współczesnym modelu klasyfikacji DSM-IV TR (2000) zaburzenia osobowości mieszczą się również na Osi II, wśród których ZOB razem z trzema pozostałymi zaburzeniami osobowości, tj. histrioniczną, narcystyczną i antyspołeczną, tworzą wiązkę B odznaczającą się takimi cechami, jak: dramatycznością, emocjonalnością i lekceważeniem konsekwencji.

Osoby z ZOB są zawsze zaangażowane w jakiś aktualnie trwający lub już dawno zakończony związek interpersonalny, który jest źródłem bardzo intensywnych, ambiwalentnych uczuć. Podejmują nieustanne wysiłki uniknięcia rzeczywistego lub wyimaginowanego porzucenia przez bliskich (Kryterium 1). Antycypacja separacji bądź porzucenia, a nawet utrata instytucjonalnych, zewnętrznych źródeł wsparcia mogą prowadzić do głębokich zmian w wyobrazeniach o sobie, uczuciach, procesach poznawczych i zachowaniach. Osoby te są bardzo wrażliwe na warunki środowiskowe. Doświadczają intensywnego strachu przed porzuceniem i nieadekwatnej złości, kiedy stają w obliczu rzeczywistej rozłąki, lub kiedy wystąpią nie do uniknięcia zmiany w ich planach (np. nagła rozpacz w z powodu zakończenia sesji przez terapeutę; panika lub furia, gdy ktoś ważny spóźnia się kilka minut). Mogą sądzić, że nieobecność osoby lub odmowa uzyskania od niej zaspokojenia jest związana z tym, że zrobili coś złego lub że są złymi ludźmi. Nietolerowanie samotności i nieustająca potrzeba bycia z innymi ludźmi wiąże się z przekonaniem, że sami sobie nie poradzą i do „przeżycia” bezwzględnie potrzebują innych ludzi. Samotność wzbudza silny lęk i przerażenie. Gorączkowe wysiłki na rzecz uniknięcia porzucenia mogą wyzwać impulsywne działania, takie jak samookaleczenie, podejmowanie prób samobójczych (wszystkie te, które opisane są oddzielnie w Kryterium 5).

Osoby z ZOB charakteryzują się niestabilnymi i intensywnymi relacjami interpersonalnymi (Kryterium 2). Na pierwszym czy drugim spotkaniu mogą one idealizować potencjalnych opiekunów bądź kochanków, nieustająco wymagając od nich wspólnego spędzania czasu, a także, już na początku znajomości, dzielenia się najbardziej intymnymi szczegółami z ich życia. Jednak szybko przechodzą od idealizacji do dewaluacji, z poczuciem i prze-

konaniem, że osoby te nie opiekują się czy nie zajmują się nimi w wystarczającym stopniu. Wobec innych bywają czasami empatyczni i opiekuńczy, ale tylko wówczas, gdy oczekują wzajemności w postaci bezwarunkowego zaspokajania ich potrzeb i wymagań. Jednostki te skłonne są do nagłych, nieoczekiwanych zmian w ocenie innych osób, które w jednej chwili postrzegają jako odpowiednio wspierające, w drugiej zaś jako surowo karzące. Taka zmiana albo odzwierciedla rozwianie się iluzji wcześniej idealizowanego opiekuna, albo jest wynikiem antycypacji odrzucenia z jego strony.

Tabela 10.1. Symptomy zaburzenia osobowości *borderline* w ICD-10 (1993/1998) i DSM-IV TR (2000)

ICD-10 Osobowość chwiejna emocjonalnie: typu <i>borderline</i>	DSM-IV TR Zaburzenie osobowości <i>borderline</i>
1	2
Typ <i>borderline</i>	
1. Niejasny lub zaburzony obraz samego siebie, własnych celów i wewnętrznych preferencji (w tym również seksualnych)	1. Podejmowanie nieustannych wysiłków na rzecz uniknięcia prawdziwego lub wyobrażonego opuszczenia (nie należy włączać prób samobójczych i samouszkodzeń – Kryterium 5)
2. Skłonność do angażowania się w intensywne i niestabilne związki, często prowadzące do kryzysów emocjonalnych	2. Niestabilne i intensywne wzorce relacji interpersonalnych charakteryzujące się oscylowaniem od skrajnej idealizacji do skrajnej dewaluacji
3. Usilne próby uniknięcia doświadczenia porzucenia	3. Zaburzenia tożsamości: znaczący i trwały brak stabilności obrazu i poczucia „ja”
4. Powtarzające się groźby podjęcia zachowań samobójczych lub działań samouszkodzających (często bez wyraźnych czynników wyzwalających)	4. Impulsywność przejawiająca się przynajmniej w dwóch potencjalnie autodestrukcyjnych obszarach: wydawanie pieniędzy, seks, nadużywanie substancji psychoaktywnych, kradzieże w sklepach, obżarstwo (nie należy włączać zachowań wskazanych w Kryterium 5)
5. Stałe poczucie pustki wewnętrznej	5. Zachowania autodestruktywne: zagrożenie samobójstwem lub okaleczeniem się, próby samobójcze, samookaleczenia
Typ impulsywny	
1. Wyraźna skłonność do kłótliwego zachowania i do konfliktów z innymi, w szczególności gdy impulsywne działania są udaremniające lub krytykowane	6. Niestabilność emocjonalna z powodu reaktywności emocjonalnej (np. epizody dysforii, tendencje do irytacji i lęku trwające kilka godzin, ale nie więcej niż kilka dni)
2. Wyraźna skłonność do działań impulsywnych bez uwzględnienia ich konsekwencji	7. Utrzymujące się poczucie pustki

cd. tab. 10.1.

1	2
3. Łatwość wybuchania gniewem lub przemocą, z niezdolnością do panowania nad gwałtownymi zachowaniami	8. Nieadekwatna do sytuacji, silna złość lub wyraźne trudności z jej opanowaniem (np. częste okazywanie rozdrażnienia, stałe uczucie złości, powtarzające się fizyczne bójki)
4. Trudności powstrzymywania się od działań, które wiążą się z natychmiastową nagrodą 5. Nastrój niestabilny, kapryśny	9. Przemijające objawy paranoidalne lub poważne objawy dysocjacyjne związane ze stresem
Przynajmniej trzy objawy z typu impulsywnego i trzy z typu <i>borderline</i>	Przynajmniej pięć z powyższych objawów

U osób z osobowością *borderline* występują zaburzenia tożsamości, charakteryzujące się chronicznie niestabilnym obrazem siebie i oscylującym od wysokiego do niskiego poczuciem własnej wartości (Kryterium 3). Nagłe i niespodziewane przeobrażenia w wyobrażeniach na temat siebie przejawiają się w postaci zmian w dotąd posiadanym systemie wartości, realizowanych celach życiowych, poglądach na temat kariery bądź aspiracjach zawodowych. Zmiany te obejmują nie tylko preferencje seksualne, a nawet orientację seksualną. Osoba heteroseksualna nagle stwierdza, że jest homoseksualna lub biseksualna. W relacjach z ludźmi niespodziewanie przechodzą od roli kogoś, kto potrzebuje pomocy, do roli mściciela, który bezwzględnie karze swoich opiekunów za ich zaniedbania i złe traktowanie. W sytuacji braku znaczących relacji społecznych, wsparcia i opieki osoby mogą mieć poczucie, że są złe bądź w ogóle nie istnieją. Wykazują też często mniejszą wydajność w pracy i gorzej radzą sobie w sprostaniu obowiązkom szkolnym.

Spośród dodatkowych symptomów zaburzenia *borderline*, współwystępujących z powyższymi, warto zwrócić jeszcze uwagę jest na to, że osoby te często ponoszą porażki w sytuacjach, które powinny zakończyć się sukcesem. Ich zachowania odzwierciedlają zjawisko „rzucania sobie kłód pod nogi”. Na przykład przerywają chodzenie do szkoły na krótko przed otrzymaniem świadectwa; przeżywają głęboką regresję po rozmowie na temat uzyskanej w terapii poprawy; psują dobre relacje partnerskie, kiedy rozwijają się one w kierunku większej bliskości i zaangażowania.

Zaburzenie *borderline* charakteryzuje się impulsywnością, która wyraża się na dwa sposoby (Kryterium 4). Jedna z form polega na ujawnianiu przez jednostkę samoniszczących zachowań ryzykownych, druga na uporczywym podejmowaniu prób samobójczych i działań samouszkodzających. Spośród

różnych zachowań wysoce ryzykownych osoby uprawiają hazard, są niebezpiecznie rozrzutne, objadają się, podejmują niebezpieczną aktywność seksualną, nadużywają substancji psychoaktywnych. Ponieważ nie radzą sobie z doświadczaniem różnych emocji, samouszkadzają się, grożą samobójstwem lub podejmują próby samobójcze. Na skutek zachowań samobójczych lub poważniejszych aktów samouszkodzenia (np. cięcia lub podpalenia) umiera około 10% osób. Działania autodestrukcyjne są zazwyczaj wywołane antycypacją odrzucenia lub straty, ale też oczekiwaniem ze strony najbliższych wzięcia większej odpowiedzialności za skutki własnych działań. Samouszkodzenia mogą pojawiać się podczas doświadczeń dysocjacyjnych, przynosząc tym osobom swoistego rodzaju ulgę związaną z ponownym przekonaniem się o zdolności odczuwania albo mogą ujawniać się jako szczególnego rodzaju zadośćuczynienie za to, że są złymi ludźmi. Lęk wynikający z uporczywie podejmowanych próby samobójczych jest często przyczyną zgłoszenia się tych osób na terapię.

Osoby z zaburzeniami *borderline* wykazują niestabilność emocjonalną z powodu głębokich reaktywnych zaburzeń emocjonalnych (np. intensywne epizody dysforii, irytacji czy lęku, trwających zazwyczaj kilka godzin, ale nigdy dłużej niż kilka dni) (Kryterium 6). Ten ogólny stan dysforyczny może być u osób *borderline* przerywany okresami bardziej wyrazistej złości, paniki bądź rozpacz, z rzadka przeplatany uczuciami zadowolenia i dobrego samopoczucia. Epizody te są przejawem ich skrajnej reaktywności na stres. Osoby te cierpią z powodu chronicznego uczucia pustki (Kryterium 7). Łatwo się nudzą i ciągle poszukują nowych wrażeń i form aktywności. Często zdradzają nieadekwatnie intensywną złość i mają oczywiste trudności z jej kontrolowaniem (Kryterium 8). Ta złość ujawnia się wówczas, gdy podejrzewają, że ich opiekunowie czy partnerzy wycofują się z relacji z nimi, w jakimś stopniu ich zaniedbują czy zamierzają ich porzucić. Wyrażenie złości powoduje często pojawienie się poczucia winy lub wstydu i przyczynia się do pogłębienia uczucia, że są złymi ludźmi. W okresach nasilonego stresu osoby te ujawniają przejściowe myśli paranoidalne i objawy dysocjacji (np. depersonalizacja), które jednak trwają krótko (kilka minut lub godzin). Czasami są mylone z objawami zespołów klinicznych z Osi I (Kryterium 9). Te epizody pojawiają się przede wszystkim w odpowiedzi na rzeczywiste bądź wyimaginowane odrzucenie. Wyimaginowany czy realny powrót opiekuna czy kochanka może powodować wystąpienie remisji (szerzej: Cierpiałkowska, 2004b).

10.2.2. Model kategorialno-dymensjonalny zaburzenia osobowości *borderline* w DSM-V

W kolejnym wydaniu DSM-V zaproponowano zmianę podejścia do klasyfikacji zaburzeń osobowości z kategorialnego na mieszany, dymensjonalno-prototypowy (<<http://www.dsm5.org>>, 2011). Zaburzenie osobowości *borderline* charakteryzuje się zarówno znaczącym upośledzeniem funkcjonowania osobowości, jak i obecnością patologicznych cech osobowości. Podstawą postawienia diagnozy ZOB są następujące kryteria:

- A. Istotne upośledzenia w funkcjonowaniu osobowości manifestujące się:
- 1) upośledzeniem w obszarze funkcjonowania „ja” (a lub b):
 - a) tożsamości – znacząco zubożony, słabo rozwinięty lub niestabilny obraz siebie, często współwystępujący z nadmiernym krytycyzmem, chronicznym poczuciem pustki, stanami dysocjacji podczas stresu,
 - b) samokierowania – niestabilność celów, aspiracji, wartości lub planowania kariery;
 - 2) upośledzenie w funkcjonowaniu interpersonalnym (a lub b):
 - a) empatii – mniejsza zdolność do rozpoznania uczuć i potrzeb innych współwystępująca z nadwrażliwością interpersonalną (np. skłonność do obrażania się lub izolowania się); selektywnym spostrzeganiem innych przez pryzmat ich negatywnych cech i podatności na zranienie,
 - b) intymności – silne, niestabilne i konfliktowe relacje z bliskimi, nacechowane nieufnością, poczuciem braku bądź lękowo zaabsorbowane realnym lub wyobrażonym opuszczeniem; bliskie relacje są spostrzegane w sposób skrajnie wyidealizowany lub zdevaluowany oraz albo oscylują od zaangażowania się do wycofywania się z relacji.
- B. Patologiczne cechy osobowości ujawniają w następujących obszarach:
- 1) negatywna emocjonalność, która charakteryzuje się poprzez:
 - a) labilność emocjonalną – chwiejność emocjonalna i częste zmiany nastroju; emocje są łatwo wzbudzone, intensywne i nieproporcjonalne do zdarzeń i okoliczności,
 - b) lękliwość – dojmujące poczucie niepokoju, napięcia lub paniki, często w reakcji na stres interpersonalny; zamartwianie się negatywnymi skutkami przeszłych przykrych doświadczeń i ich możliwymi negatywnymi konsekwencjami w przyszłości; uczucie strachu, obawa i poczucie zagrożenia w niedookreślonych sytuacjach, lęk przed rozpadnięciem się na kawałki i utratą kontroli,

- c) niepewność w separacji – strach przed odrzuceniem lub przed separacją z ważnymi osobami, współwystępujący z ze strachem przed dojmującym poczuciem zależności i zupełnym brakiem autonomii,
 - d) depresyjność – częste poczucie bycia zdolowanym, żalonym lub nieszczęśliwym; trudności z wychodzenia z tych nastrojów, pesymizm w widzeniu przyszłości, wszechogarniające poczucie wstydu; poczucie mniejszej wartości; myślenie o samobójstwie i zachowania samobójcze;
- 2) brak kontroli, którą charakteryzuje się poprzez:
- a) impulsywność – działanie pod wpływem chwili w reakcji na działające w danym momencie bodźce; działanie bez planu i liczenia się z konsekwencjami; trudności w tworzeniu i trzymaniu się planu; poczucie presji chwili i zachowania samouszkodzające pod wpływem stresu,
 - b) podejmowanie ryzyka – angażowanie się w niebezpieczne, ryzykowne i potencjalnie szkodliwe aktywności, niepotrzebnie i bez liczenia się z konsekwencjami; brak koncentracji na własnych ograniczeniach i zaprzeczanie realnego zagrożenia;
- 3) opozycyjność, która charakteryzuje się poprzez:
- a) wrogość – uporczywe i częste uczucie złości; złość lub irytacja w odpowiedzi na niewielkie uchybienia i obrażanie się.

Pozostałe kryteria od C do E rozpoznania ZOB są podobne do innych zaburzeń osobowości. Podkreśla się w nich, że ekspresja cech osobowości jest stosunkowo stabilna w czasie i w różnych sytuacjach (C), cechy te nie są charakterystyczne dla środowiska społeczno-kulturowego, w którym żyje jednostka i jej okresu rozwojowego (D) oraz nie są wynikiem zażywania substancji psychoaktywnych (D).

10.2.3. Oblicza zaburzeń osobowości *borderline* i ich rozpowszechnienie

Diagnoza o ZOB co najmniej dwukrotnie częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn, dlatego w obrazie klinicznym współwystępować będą cechy osobowości narcystycznej, histrionicznej, zależnej czy negatywistycznej. Obraz kliniczny w zależności od nasilenia współwystępujących cech osobowości staje się na tyle różny, że Millon i in. (2005) wyodrębnili cztery podstawowe typy osobowości pogranicznej.

– Zniechęcona, z cechami osobowości unikającej, depresyjnej lub zależnej. Charakteryzuje się dużą podatnością na wpływy innych ludzi, jest im podporządkowana i wobec nich lojalna. Często czuje się zagrożona, bez-

bronna albo przygnębiona. W obliczu życiowych wyzwań ma poczucie bezradności i bezsilności.

- Autodestrukcyjna, z cechami osobowości depresyjnej lub masochistycznej. Często zwrócona do wewnątrz, co powoduje, że odczuwane emocje negatywne, np. złość, kieruje przeciw sobie. Nie potrafi okazać względów innym ludziom, przypochlebić się czy zjednać ich sobie. Jest ponura i napięta, wykazuje tendencje do zachowań samobójczych.

- Impulsywna, z cechami osobowości histrionicznej lub antyspołecznej. Charakteryzuje się lękiem przed utratą bliskich, co powoduje znaczne napięcia, zmienność nastroju i drażliwość. Wykazuje kapryśność i powierzchowność, czasami staje się uwodzicielska i nonszalancka. Wykazuje skłonności samobójcze w obliczu antycypowania utraty partnera czy innej osoby pełniącej funkcje opiekuńcze.

- Drażliwa, z cechami osobowości negatywistycznej. Odznacza się dużym niepokojem, drażliwością i łatwo się niecierpliwi. Wykazuje wysoki pesymizm, łatwo obraża się i szybko rozczarowuje innymi ludźmi. Jest burmieszona, przekorna i pełna urazy.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne szacuje, że zaburzenie osobowości *borderline* występuje u około 2% ogólnej populacji, z czego około 10% leczy się w warunkach ambulatoryjnych, natomiast około 20% to pacjenci szpitali psychiatrycznych. Osoby te stanowią od 30% do 60% całej populacji pacjentów leczonych w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych z powodu problemów osobowościowych (APA, 1994, s. 652). Istnieje zatem duża grupa osób z ZOB, którzy nie podejmują leczenia, zmagając się z różnymi problemami psychicznymi i interpersonalnymi samodzielnie.

10.2.4. Opis przypadku

Pani Ewa, 26-letnia studentka 3 roku architektury, zgłasza się na terapię po trudnych przeżyciach, o których na pierwszej sesji nie wspomina. Odznacza się bardzo wyzywającym ubiorem i mocnym, nieco „diabolicznym” makijażem. Podkreśla, że jej życie przypomina zepsutą karuzelę, z której co jakiś czas wypada, wtedy wszystko ją boli i cierpi strasznie, potem znowu jest „fun” i zabawa. Od kilku lat jest w związku z Markiem, którego poznała jeszcze w szkole średniej. Po maturze on wyjechał do pracy do Szwecji, ona została w Polsce i zaczęła studiować. Widzą się tylko trzy lub cztery razy w roku, najczęściej w okolicach świąt. Rozmawiają na Facebooku i to wystarczy, żeby przynajmniej dwa razy w miesiącu pokłócili się „na śmierć i życie”. Ciągłe zrywają i schodzą się, przestała się tym przejmować.

Pani Ewa mieszka razem z ojcem – pracownikiem naukowym, którego nazywa „głupim profesorkiem”. Matka zajmuje wysokie stanowisko w jakimś banku w Berlinie. Nie pamięta, żeby w domu bywała dłużej niż kilka dni w roku, tylko na wakacjach spędzali razem trochę więcej czasu. Matkę stać, żeby im postawić opłacić wyjazd na Hawaje, ale nigdy nie było ją stać na to, żeby poszła na wywiadówkę. Rodzice ciągle gadają, że ją kochają, ale to nieprawda. To przez nich nigdy nie zaznała spokoju, więc ich nienawidzi. W domu czuje się jak w klatce, ciągle walczy z ojcem, który zajmuje się nią w taki sposób, że ma ochotę go zabić. Na przykład pyta ją, czy chodzi na zajęcia, czy zdała egzaminy albo w niedzielę rano zaprasza ją na śniadanie. Wtedy ona robi mu awanturę, krzyczy, że jest głupi, że go nienawidzi, że go w końcu zabije. Wprawdzie studiowanie jej jakoś nie wychodzi, ale dlatego, że wykładowcy się jej czepiają. Popada z nimi w różne konflikty. Zamiast zrozumieć i wspierać w trudnych chwilach, to ciągle czegoś od niej chcą. Wtedy bierze „dziekanki” i robi sobie trochę wolnego. Nie wyobraża sobie, że mogłaby pójść do pracy. Często powtarza zdanie, że „... rodzice zaharowują się i co z tego mają, ona nie będzie taka głupia”.

Najchętniej wyprowadziłaby się z domu. Kiedyś nawet próbowała zamieszkać w akademiku, ale nie mogła się dogadać ze współlokatorkami. Twierdzi, że dostała się do pokoju „idiotek”, dlatego nie wyszło. Na początku, gdy piła i ćpała z nimi, to wszystko wydawało się w porządku. Potrafiła oddać im wszystkie pieniądze, żeby tylko było dobrze. Teraz już nie byłaby taka głupia. Myśli, że nie ma szczęścia do ludzi, zawsze spotyka samych „niewydarzonych”. Nie ma też szczęścia do chłopaków. Łatwo się zakochuje, ale potem uczucie szybko mija, najczęściej facet okazuje się zupełnie inny niż wydawał się na początku znajomości. Czasami jest jej trochę głupio, bo w końcu ma Marka, ale przecież nie może żyć jak „zakonnica”. Musi kogoś mieć, bo inaczej by zwariowała.

Bezpośrednim powodem przyjścia na terapię było „ultimatum” Marka, który stwierdził, że ona musi coś ze sobą zrobić. Pojechała do niego na święta, pokłócili się, zaczęła go bić i popychać, on spadł ze schodów i złamał rękę. Po wszystkim była przerażona, napiła się alkoholu i wzięła tabletki, ledwo ją odratowali. Twierdzi, że chciała się zabić, bo czuła się bardzo winna, podobnie jak wtedy, gdy jej starsza siostra Monika, która obecnie mieszka w Londynie, opuściła dom i wyjechała z kraju. Myślała, że to przez nią, bo jej ciągle dokuczała, opowiadała o niej niestworzone rzeczy rodzicom, a oni zawsze obwiniali Monikę o to, co ona robiła. Chciała tylko, żeby siostra spędzała z nią więcej czasu, a ona wołała od niej koleżanki. Była w szpitalu, musi zapłacić pokaźny rachunek, boi się o nie poprosić ojca. Nie wie, skąd weźmie pieniądze, bo tym razem Marek

uparł się i nie chce zapłacić za jej leczenie. Pani Ewa zastanawia się nad tym, czy może rzeczywiście jest zbyt impulsywna, może dobrze byłoby się zmienić. Na kolejnych sesjach opowiada o różnych wydarzeniach i relacjach z najbliższymi, którzy budzą w niej na przemian wściekłość i lęk bądź poczucie krzywdy i winy.

10.3. Koncepcje wyjaśniające genezę i patomechanizm zaburzeń *borderline*

Od połowy lat 50., gdy Knight (1953) nadał pojęciu „osobowości z pogranicza” bardziej analitycznych niż opisowy charakter, terapeuci i klinicyści wywodzący się z różnych nurtów psychologii koncentrują uwagę na stworzeniu całościowych koncepcji wyjaśniających genezę i mechanizmu powstania tego zaburzenia. Próbują oni odpowiedzieć na pytanie: czy u podłoża zaburzeń *borderline* występują jakieś specyficzne, być może pozostające ze sobą w swoistej interakcji, grupy czynników biologicznych i środowiskowych, które mają decydujące znaczenie w patomechanizmie kształtowania się tej właśnie osobowości czy wzorców zachowania.

W kontekście koncepcji zdrowia i zaburzeń psychicznych w psychologii klinicznej wyodrębnić można trzy podstawowe, najbardziej dynamicznie rozwijające się na przestrzeni ostatnich lat, podejścia do zaburzeń osobowości *borderline*. Są to koncepcje psychoanalityczne, szczególnie z obszaru teorii relacji z obiektem (Kernberg, 1976, 1996) i psychologii *self* (Kohut, Wolf, 1978), ujęcie poznawczo-behawioralne (Pretzer, Beck, 1996), oraz bio-psycho-społeczne (Millon i in., 2005; Millon, 2002; Linehan, 1987). W ostatnich latach bardzo dynamicznie rozwija się też podejście interpersonalne, które czerpie z teorii relacji z obiektem i psychologii ego. Stworzony przez Benjamin (1996) model Ustrukturalizowanej Analizy Zachowania Społecznego pozwala zobaczyć ZOB z jeszcze innej perspektywy. Wszystkie z nich w mniejszym lub większym zakresie uwzględniają znaczenie czynników biologicznych, modyfikujących w istotnym stopniu działanie czynników środowiskowych w genezie powstawania tych zaburzeń.

10.3.1. Teoria relacji z obiektem i psychologia *ego*

Shapiro (1986) stwierdza, że wkład psychoanalizy do zrozumienia osobowości *borderline* jest nie do przecenienia, bo to w jej ramach powstawały pierwsze kliniczne studia nad jej uwarunkowaniami. We współczesnej psychoanalizie istnieje całe spektrum poglądów na temat przyczyn ZOB, które,

jak łatwo się domyślić, odzwierciedlają wielość nurtów teoretycznych i różnorodność praktyki psychoanalitycznej. Wyodrębnić można dwa główne nurty dociekań: pierwszy – deskryptywny koncentruje się na wskazaniu na te cechy i właściwości, które pozwalają na różnicowanie zaburzenia osobowości z pogranicza od pozostałych typów osobowości; drugi – wyjaśniający, który odwołuje się do założeń albo modelu konfliktu, albo modelu deficytu powstania zaburzeń osobowości. Zasadniczo dokonuje się rozróżnienia między typem zaburzeń osobowości *borderline* a organizacją osobowości *borderline* (Kernberg, 1967; McWilliams, 2009).

Modele opisowe w psychoanalizie. Spośród proponowanych przez psychoanalityków opisów zaburzeń *borderline* na poziomie deskryptywnym, to do najbardziej cenionych – być może dlatego, że została ona oparta na badaniach naukowych – należy propozycja Grinkera i współpracowników (1968 za: Goldstein, 2003) oraz Gundersona, Kolba i Austina (1981). Wyodrębnili w badaniach wiązkę cech, które ujawniają się nie tylko w procesie leczenia, ale można je zaobserwować w życiu codziennym tych osób.

Grinker i współpracownicy (1968 za: Goldstein, 2003) wyodrębnili cztery następujące cechy ludzi cierpiących na zaburzenia z pogranicza: 1) złość jako główny bądź jedyny afekt; 2) defekt w kontaktach interpersonalnych, doświadczanych też na poziomie emocjonalnym; 3) brak spójnej tożsamości *self* oraz 4) depresja. Na podstawie tych cech dokonali też podziału zaburzeń *borderline* na cztery grupy – od takich typów zaburzeń, które znajdują się blisko krańca psychoz do takiej grupy zaburzeń, które są podobne w swoich przejawach do nerwicy. Kilka lat później Gunderson (1987) przedstawił bardziej aktualną listę symptomów zaburzeń z pogranicza. Należą do nich: 1) niski poziom osiągnięć pomimo różnych zdolności; 2) impulsywność, szczególnie w odniesieniu do życia seksualnego i używania substancji psychoaktywnych; 3) próby samobójcze o charakterze manipulacyjnym; 4) podwyższona afektywność obejmująca silne, negatywne uczucia i brak satysfakcji; 5) łagodne epizody psychotyczne, cechujące się wystąpieniem myślami paranoidalnymi, depersonalizacją i krótkich epizodów regresji podczas leczenia; 6) wysoki poziom socjalizacji, połączony z trudnościami w znoszeniu samotności; 7) zaburzone związki intymne, często charakteryzujące się niestabilnością i silnym przywiązaniem o charakterze zależnościowym, manipulacyjnym i dewaluacyjnym (szerzej: Cierpiałkowska, 2004b).

Model konfliktu i deficytu. Zaburzenie *borderline*, w modelu konfliktu, to pewnego rodzaju intrapsychiczna struktura obronna, która powstaje w okresie dzieciństwa, na skutek wadliwej integracji popędów, afektów i relacji z obiektem, natomiast w modelu deficytu, to także intrapsychiczna struktura, która charakteryzuje się pewnymi defektami *ego* lub *self* (np. brakiem jakiejś reprezentacji relacji *self* z obiektem), w następstwie niepowo-

dzeń rozwojowych (por. Meissner, 1988; Goldstein, 2003). Przyjęcie jednego z powyższych stanowisk powoduje daleko idące konsekwencje co do strategii i taktyki postępowania w procesie psychoterapii.

Najbardziej zagorzałym orędownikami koncepcji zaburzeń osobowości jako charakterystycznej organizacji struktury powstałej w celu radzenia sobie z wewnętrznym konfliktem są Kernberg (2004b), Masterson i Rinsley (1975) czy Steiner (2010). Twierdzili oni, że zakłócenia kształtowania się złożonych zinternalizowanych relacji z obiektem, w opisanych przez M. Mahler (1971) czy M. Klein (1946/2005) stadiach rozwoju, powodują odmienne konsekwencje dla organizacji struktury osobowości, która może przybrać postać organizacji neurotycznej, *borderline* lub psychotycznej. Zgodnie z założeniami teorii systemów zakłócenia w nawiązaniu odpowiedniej relacji z obiektem w jednej fazie rozwoju znacząco wpływają nie tylko na tworzące się w tym czasie reprezentacje *self* i obiektu, ale również na dojrzewanie zinternalizowanych reprezentacji z poprzedniego i następnego okresu rozwojowego.

Organizacja struktury osobowości *borderline*, jak zakłada Kernberg (1976, 1996, Kernberg, Caligor, 2005), zdeterminowana jest konfliktem intrapsychicznym i fiksacją rozwoju jednostki w trzecim (spośród pięciu) stadium, zwanym okresem różnicowania reprezentacji „ja” od reprezentacji obiektu. Okres ten odpowiada subfazie powtórnego zbliżenia okresu separacji M. Mahler (1971). Konflikt pomiędzy popędem libido a popędem agresji w tej fazie zostaje nasilony z dwóch powodów: po pierwsze, ze względu na działanie czynnika konstytucjonalnego w postaci wyższego poziomu agresji u tych dzieci oraz po drugie, na skutek powstania fantazmów o niewystarczająco dobrej matce, która odpowiada nieadekwatnie na pragnienia więzi oraz separacji i indywiduacji u dziecka. Najistotniejszym zadaniem tego okresu rozwojowego jest wyłonienie się z konstelacji złego *self*-obektu i dobrego *self*-obektu odrębnych reprezentacji *self* i obiektu. W konsekwencji procesu różnicowania złość przeżywaną dotychczas jako pochodzącą od złego obiektu (wyprojektowanego na obiekty zewnętrzne), dziecko zaczyna odczuwać jako własną skierowaną do matki lub od matki skierowaną na siebie. Dominujące w tym czasie poczucie pełnej zależności dziecka powoduje, że złość ze strony matki wywołuje w nim silny lęk przed unicestwieniem, własna zaś złość, lęk przed utratą obiektu będącego źródłem ochrony i miłości.

Mechanizm obronny rozszczepienie jest na tym etapie kształtowania się relacji z obiektem zjawiskiem rozwojowo pożądanym, tym bardziej że w następnej fazie integracji aspektów pozytywnych i negatywnych reprezentacji *self* i pozytywnych, i negatywnych reprezentacji obiektu zostaje zastąpiony bardziej dojrzałym mechanizmem, tj. wyparciem. Jeśli jednak po-

wstający w takiej sytuacji konflikt między popędem libido i agresji zostanie dodatkowo wzmocniony przez konstytucjonalnie uwarunkowany wyższy poziom agresywności dziecka i znaczny poziom napięcia, na skutek doświadczanej przez niemowlę rzeczywistej frustracji wynikającej z braku właściwej odpowiedzi obiektu na jego pragnienia libidalne (co zwrótnie zwiększa jego agresję i lęk), to nasila się rozszczepienie. Nasilenie konfliktu i związanego z nim lęku powoduje wzrost tendencji do oddzielania libidinalnie obsadzonych reprezentacji *self* i obiektu od agresywnie obsadzonych reprezentacji *self* i obiektu, pomimo niedokończonego pomiędzy nimi procesu różnicowania. Rozszczepienie między libidinalnymi i agresywnymi aspektami reprezentacji *self* i obiektu chroni libidinalnie obsadzoną reprezentację przed wściekłością swoją i innych, a także umożliwia dziecku utrzymywanie dalszej relacji z matką. Taki przebieg fazy różnicowania siebie od obiektu oraz jego konsekwencje intrapsychiczne są charakterystyczne zdaniem Kernberga (1976, s. 146) dla organizacji struktury osobowości z pogranicza.

Zgodnie z sugestiami formułowanymi już przez innych psychoanalityków, Kernberg (1976, 1996) wyróżnił trzy strukturalnie różne organizacje osobowości (charakteru) zdeterminowane odmiennymi mechanizmami obronnymi, tj. organizację psychotyczną wyznaczoną prymitywną dysocjacją; z pogranicza – mechanizmem rozszczepienia oraz organizację neurotyczną wyznaczoną wyparciem. Psychotyczna struktura – najbardziej sfragmentaryzowana powstaje, kiedy rozwój jednostki ulega fiksacji na etapie normalnego autyzmu lub symbiozy, natomiast struktura neurotyczna – najbardziej skonsolidowana stanowi wynik osiągnięcia przedostatniego etapu rozwoju, czyli wstępnej integracji reprezentacji *self* i reprezentacji obiektu oraz oddzielenia się *superego* i *ego*. Najwięcej uwagi autor poświęcił analizie organizacji osobowości *borderline* (fiksacja na etapie różnicowania *self*-obekt), którą uznał za charakterystyczną dla zdecydowanej większości zaburzeń osobowości wyróżnionych w klasyfikacjach medycznych.

Choć koncepcja poziomów organizacji osobowości (struktury) Kernberga (1970, 2004b) od momentu jej powstania była wielokrotnie zrekonceptualizowana, to jej podstawowe założenia pozostają od lat niezmiennie. Poziom organizacji patologii charakteru – wyższy, pośredni i niższy odzwierciedla i wskazuje na zahamowanie rozwoju aparatu psychicznego, co przejawia się w osiągniętym poziomie rozwoju bądź powstałej patologii w obszarze: 1) patologicznych, zinternalizowanych relacji z obiektem; 2) operacji obronnych *ego* i struktury *superego*; 3) niespecyficznych przejawów słabości *ego*; oraz 4) regresji w kierunku pierwotnych procesów myślenia. W zależności od stopnia głębokości zaburzeń, wszystkie patologie charakteru można usytuować na kontinuum od najmniej do najbardziej poważnych.

Zaburzenia osobowości *borderline* należą do niższego poziomu organizacji osobowości *borderline*. W tej organizacji występuje kontaminacja pregenitalnych i genitalnych dążeń, a edypalne konflikty są blisko związane z pregenitalnymi, sadystycznymi i masochistycznymi pochodnymi popędów i potrzeb, które znajdują ujście jedynie w formie pośredniej. Głównym mechanizmem obronnym wyznaczającym rozwój struktur intrapsychicznych jest rozszczepienie i pierwotna dysocjacja. Współwystępują z nimi: prymitywna projekcja i identyfikacja projekcyjna, zaprzeczenie oraz pierwotna idealizacja z poczuciem onnipotencji bądź pierwotna dewaluacja z doświadczaniem kompletnej bezwartościowości i zależności.

Superego i *ego* są bardzo słabo odgraniczone i zintegrowane. W *superego* dominują pierwotne, sadystyczne aspekty id, które są projektowane ze względu na siłę agresji, co powoduje wzmocnienie paranoidalnych cech osobowości i poważne osłabienie możliwości doświadczania poczucia winy i troski. Poszczególne elementy (warstwy) *superego*, czyli aspekty sadystycznego id i idealne *ego* nie tylko są rozszczepione, ale również nasycone pierwotnymi, nieneutralizowanymi impulsami i afektami. Osłabiona siła i integracja *ego* przejawia się w braku kontroli impulsów, nieradzeniu sobie z lękiem i wściekłością, zahamowaniu sublimacji pochodnych popędu oraz w zaburzeniach funkcjonowania poznawczego. Na przemian, wściekłości i bezwzględnej krytyki siebie bądź innych. Niejasność granic między *ego* i *superego* powoduje trudności w rozróżnieniu pomiędzy narcystycznie zderminowanymi formami idealnego *ego* a pierwotnymi formami narcystycznych dążeń *ego*. Tożsamość przyjmuje postać albo struktury rozproszonej, albo nadanej (osoba „zlewa się” z wyobrażeniem wyidealizowanego obrazu kogoś). Obraz siebie zawiera mieszanie różnych reprezentacji *self* połączonej z afektami upokorzenia, wstydu bądź zachwyty, egzaltacji.

Zinternalizowane relacje z obiektem mają raczej charakter częściowy niż całościowy, brakuje stałości obiektu i poczucia *self*, co wskazuje na znaczne nasilenie patologii. Zahamowanie procesu integracji libidinalnych i agresywnych reprezentacji *self* i obiektu dodatkowo wzmacnia i podtrzymuje jednostronne – dobre lub złe – postrzeganie siebie i innych, przyczynia się też do braku neutralizacji energii popędowej i poważnego ograniczenia obszarów *ego* wolnych od konfliktów. Dysocjacja służy ochronie libidinalnej diady *self* – obiekt przed kontaminacją i destrukcją diady opozycyjnej (agresywnej), co sprawia, że osoby o takim poziomie patologii charakteru na przemian bądź idealizują, bądź deprecjonują siebie i innych. Przeciwnastawne, powtarzające się wzorce zachowania są zdysocjowane w takim stopniu, że umożliwiają istnienie obok siebie reakcji upożorowanych i zachowań bezpośrednio rozładowujących popędy (szerzej: Cierpiałkowska, 2001, 2002).

Współcześnie, Kernberg wraz ze współpracownikami (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 1999) uznaje, że ten rodzaj organizacji jest charakterystyczny dla takich zaburzeń osobowości, jak: schizoidalnej, cyklotymicznej, histrionicznej, narcystycznej, sadomasochistycznej, *borderline*, paranoidalnej i antyspołecznej. Koncepcja ta posłużyła O. Kernbergowi do stworzenia terapii skoncentrowanej na przeniesieniu, która znajduje zastosowanie w leczeniu pacjentów o organizacji osobowości zdeterminowanej rozszczepieniem, czyli wszystkich wymienionych typów zaburzeń, a nie tylko osób o osobowości z pogranicza.

Model deficytu, jak wskazuje B. Killingmo (1995), koncentruje się na opisie uszkodzeń rozwojowych, będących następstwem wczesnodziecięcych doświadczeń. Przejawiają się one w postaci wyraźnych niedostatków w strukturze osobowości, takich jak: niewydolności lub uszkodzenia jednej albo większej liczby funkcji *ego*, defektu struktury *self*, braku stałości obiektu, dyfuzji tożsamości, rozszczepienia czy braku zdolności do emocjonalnego wiązania się z obiektem. Pojęciem deficytu określa się zazwyczaj rezultaty takich wydarzeń życiowych u jednostki, które niepomyślnie wpływają na rozwój wielu ważnych funkcji intrapsychicznych związanych z obroną i adaptacją.

W modelu deficytu ZOB zostały najbardziej całościowo przedstawione przez Buie i Adlera (1982) oraz Blatta i Auerbacha (1988). Nie zgadzają się z Kernbergiem, że osobowość *borderline*, ze względu na niedostatecznie zintroyektowanie relacje z dobrym obiektem, jest zdeterminowana rozszczepieniem. Zakładają, że osoby te cechują się brakiem uwewnętrznionych podtrzymujących pozytywnych obiektów, a wynikające stąd lęki przed unicestwieniem bądź porzuceniem spełniają ważniejszą rolę w patologii *borderline* niż mechanizm rozszczepienia. Ze względu na brak takich wewnętrznych pozytywnych obiektów odniesienia często doświadczają oni różnych trudności w kontaktach interpersonalnych. Są bardzo wrażliwi na rzeczywiste lub wyimaginowane porzucenie czy odrzucenie, co powoduje u nich stany silnego lęku i osamotnienia. Stany te obniżają i tak niewielki poziom spójności *self*, doprowadzając do fragmentacji w zakresie poczucia i obrazu „ja”. Doświadczanie fragmentacji przez te osoby zwrotnie podwyższa u nich poziom lęku i paniki.

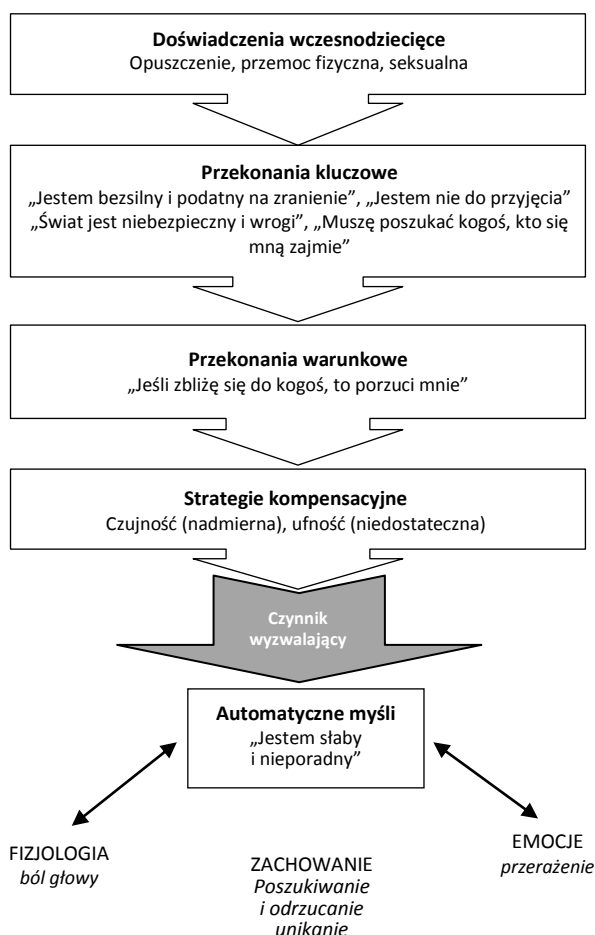
Charakterystyczny dla tej grupy osób jest dylemat pomiędzy potrzebą relacji z dobrym obiektem (w mniemaniu pacjentów chodzi o obiekt zewnętrzny) a strachem przed taką relacją. W związku z tak ukonstytuowanym konfliktem osoby te albo w ogóle nie nawiązują relacji z innymi, albo uprzedzają ewentualne trudności w relacji, wycofując się z nich wtedy, gdy istnieje szansa (ze strony partnera) na ich ustabilizowanie się. Takie zachowania służyć mają zabezpieczeniu się przed porzuceniem lub doznaniem

kolejnego rozczarowania. Model deficytu wykorzystywany jest do tworzenia programów i ogólnych zasad terapii dla tej grupy pacjentów. W tym kontekście przeciwstawiany jest modelowi konfliktu, ponieważ akcentuje konieczność kształtowania i wzmacniania w procesie terapii między innymi siły *ego*, spójności *self* czy poczucia bezpieczeństwa w kontaktach z innymi (por. Meissner, 1988; Goldstein, 2003).

10.3.2. Konceptje poznawczo-behawioralne wzorców zachowania i stylów schematów w zaburzeniu *borderline*

Podęjście poznawczo-behawioralne do zaburzeń psychicznych jest stosunkowo zróżnicowane i można w nim wyodrębnić, podobnie jak w ujęciu psychodynamicznym, pewne wspólne i odmienne założenia o kształtowaniu się czy utrzymywaniu wzorców myślenia, przeżywania i zachowania charakterystycznych dla konkretnego typu zaburzeń osobowości. Przeniesienie założeń psychologii poznawczej, która początkowo głównie zajmowała się wyjaśnieniem zaburzeń afektywnych, na grunt zaburzeń osobowości wcale nie było dla A. Arntza (1994) czy dla A.T. Becka i współpracowników (2005) proste. Niemniej stworzyli oni poznawczo-behawioralną koncepcję zaburzeń osobowości, której założenia są nadal rozwijane i modyfikowane głównie przez J. Younga i in. (1996) oraz przez M. Linehan (1987), które dały początek innym niż klasyczna postać terapii poznawczo-behawioralnej procedurom i strategiom terapeutycznym. Dyskusje między autorami koncentrowały się w dużej mierze na tym, czy zaburzenie psychiczne pod postacią zaburzeń osobowości, zwłaszcza ich poszczególne typy mają u podłoża specyficzne przekonania kluczowe czy schematy poznawcze, które pozostają w związku ze specyficznymi doświadczeniami wczesnodziecięcymi.

Za specyficznością schematów poznawczych dla każdego typu zaburzeń osobowości optował Arntz (1994), który twierdził, że powstają one w wyniku interakcji cech temperamentu i konkretnych oddziaływań środowiskowych (rodzinnych i pozarodzinnych), a zarazem źródłem tworzenia się dezadaptacyjnych wzorców zachowania. Kluczowe, fałszywe przekonania o sobie i o otaczającym świecie zdaniem Becka i in. (1990/2005) współwystępują z przekonaniami warunkowymi, które są podtrzymywane przez charakterystyczne zniekształcenia w przetwarzaniu informacji. Na pewnym etapie życia osoby wskutek zadziałania bodźców zewnętrznych, na przykład nacisku rodziców na usamodzielnianie się, dochodzi do aktywowania się przekonań kluczowych i warunkowych, które mogą pobudzać automatyczne myśli i towarzyszące im intensywne, najczęściej negatywne emocje oraz wzorce zachowania. Te wzorce mogą przyjąć postać albo nadmiernie, albo niedostatecznie rozwiniętych strategii zachowania (Pretzer, Beck, 1996).



Rys. 10.1. Konceptualizacja zaburzenia osobowości *borderline* w teorii poznawczo-behawioralnej. Opracowano na podstawie: Beck i in., 2005; Popiel, Pragłowska, 2008.

Przyczyny zaburzeń osobowości *borderline* Beck i in. (2005) wyjaśniają wieloma czynnikami, zwłaszcza interakcją specyficznych właściwości temperamentu i wczesnodziecięcą traumą, na przykład w postaci niestabilnych relacji z rodzicami, doświadczenia zaniedbania, przemocy fizycznej i/lub seksualnej, co stało się źródłem kluczowych przekonań i charakterystycznych zniekształceń poznawczych. Choć początkowo, w przeciwieństwie do innych autorów, Beck nie widział konieczności wyodrębniania specyficznych przekonań dla ZOB, to w końcu uznał za Pretzerem (1990 za: Beck, Freeman, Devis i in., 2005), że należą do nich – „świat jest niebezpieczny i wrogi”, „jestem bezsilny i podatny na zranienie” oraz „z natury jestem nie do przyjęcia”. W konsekwencji osoby z ZOB wykazują nie tylko nadmierną

czujność, ale jeszcze dwie cechy myślenia, tj. myślenie w kategoriach skrajności i słabe poczucie tożsamości. Skutkiem takich przekonań są zniekształcenia wynikające z nadmiernej czujności oraz myślenia dychotomicznego (myślenie czarno-białe). To ostatnie zniekształcenie zostało potwierdzone nie tylko obserwacjami klinicznymi, ale także badaniami naukowymi (por. Popiel, Pawłowska, 2008). Na rys. 10.1 przedstawiono charakterystyczne dla ZOB przekonania i uaktywniające się pod ich wpływem automatyczne myśli wraz z reakcjami emocjonalnymi, fizjologicznymi i behawioralnymi.

Ograniczona skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej zmuszała do dalszych wyjaśnień przyczyn kształtowania się zaburzeń osobowości. Twórca koncepcji schematów J. Young (2004) założył, że powstają one w okresie wczesnodziecięcym, prewerbalnym i nie tyle są przekonaniami, co wspomnieniami, fantazjami, emocjami, konstytuującymi rdzeń „ja” osoby. Aby uniknąć silnych negatywnych emocji wzbudzanych podczas aktywowania się, u jednostki owych schematów pojawiają reakcje, których funkcją jest przystosowanie się do ich znaczenia, polegające na walce, ucieczce lub uległości. Te trzy sposoby leżą u podłoża stylów radzenia sobie polegających na nadkompensacji, unikaniu lub poddaniu się, które przyjmują charakterystyczną postać w konkretnym zaburzeniu osobowości. Aktywowanie przez sytuacje życiowe schematów, na które osoba wykazuje pewną nadwrażliwość wiąże się z doświadczeniem stanu przejściowego, nazywanego trybem (style) schematu. Style schematów zostały pogrupowane w cztery kategorie: 1) tryby dziecięce, 2) tryby dysfunkcjonalnego radzenia sobie, 3) tryby dysfunkcjonalnych rodziców oraz 4) tryb dorosłego (Young, Klosko, 2005).

Young uważał, że w zaburzeniach osobowości *borderline* na skutek niezaspokojenia najważniejszych potrzeb dziecka i jego nadwrażliwości temperamentalnej powstaje dziewięć z osiemnastu wczesnych nieprzystosowawczych schematów (*Elary Maladaptive Schemat – EMS*), które dotyczą: porzucenia/nadużycia, niepełnowartościowości, zależności, poddania się (podporządkowania), braku zaufania, nieadekwatnej samodyscypliny, emocjonalnego zahamowania, winy/kary i emocjonalnej deprawacji. Dalsze obserwacje i wyniki badań prowadzone przy użyciu Kwestionariusza Przekonań Osobowościowych Becka i współpracowników potwierdzały najczęściej 4 lub 2 tematy aktywujące konkretne przekonania w ZOB. Są to: 1) porzucenie / nadużycie – „martwię się, że ludzie, z którymi czuję się blisko, opuszczą mnie lub porzucą”; 2) niepełnowartościowości – „nikt, kogo pragnę, nie zechciałby być blisko mnie, gdyby wiedział, jaki naprawdę jestem”; 3) społecznej izolacji – „nie pasuję do nich” oraz 4) zależności – „czuję się niezdolny do samodzielnego radzenia sobie w codziennym życiu” (Jovev, Jackson, 2004). Pod wpływem bodźców zewnętrznych w chwili pobudzenia schematów dochodzi do aktywowania się takich trybów schematów, jak:

opuszczonego dziecka, rozzłoszczonego/impulsywnego dziecka, braku obrońcy oraz karzącego rodzica. Style te mogą mieć bardziej lub mniej regresywny charakter oraz mniej lub bardziej dynamicznie się zmieniać (dychotomia).

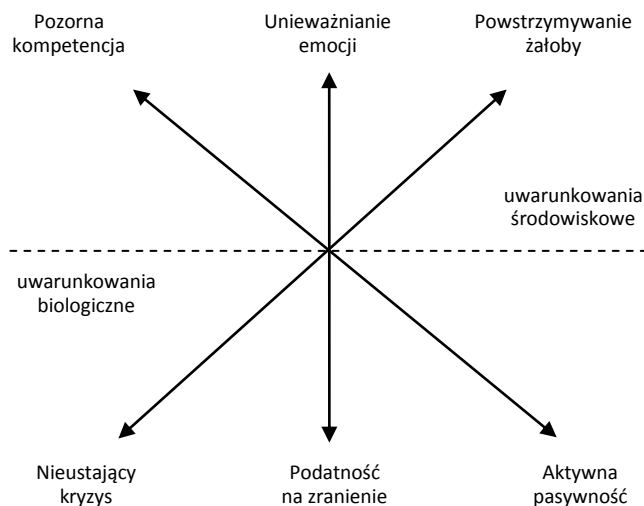
W okresie adolescencji i dorosłości na skutek niezaspokojenia ważnych potrzeb może aktywować się styl schematu opuszczonego/wykorzystanego dziecka współwystępujący z bardzo silnymi emocjami rozpacz i lęku. Osobie towarzyszy wówczas przekonanie, że ludzie są niegodni zaufania, jak tylko mogą, to wykorzystają. Potem porzucą lub opuszczą, zwłaszcza gdy osobie zależy na kimś lub zbliży się do kogoś, kto stał się jej bliski. Sprzyja to uaktywnieniu stylu karzącego rodzica, co wiąże się ze schematem – niepełnowartościowości. Współwystępuje on z silną agresją, oskarżaniem i karaniem siebie, ponieważ pojawia się przekonanie, że jest się złym dzieckiem, które musiało popełnić straszne przestępstwo, za które spotkała je kara w postaci odrzucenia. To może pobudzać styl rozłoszczonego dziecka, powracającego do wspomnień związanych z byciem wykorzystanym i skrzywdzonym. Wspomnienia i fantazje o agresji innych mogą też być przerażające i skłaniać do myślenia o tym, że ludziom nie można zaufać. Przekonanie osoby, że nikt nie stanie w jej obronie, a ona sama czuje się zbyt bezradna i zależna, by zatroszczyć się o siebie samą. To oczywiście pobudza styl braku obrońcy, rodzica itd. (Young, 2004). U pacjentów z ZOB przechodzenie od jednego do drugiego stylu i schematu jest związane nie tylko z działaniem konkretnych bodźców zewnętrznych, ale także wypływa ze specyficznych zniekształceń w przetwarzaniu informacji. Ponieważ u osób z ZOB jest niedostatecznie rozwinięty styl zdrowego dorosłego, to nie potrafi skorzystać z sytuacji, które sprzyjają zaspokojeniu jej potrzeb, jedynie powtarza dezadaptacyjne wzorce zachowania.

10.3.3. Biospołeczna koncepcja dysfunkcji systemu regulacji emocji

Theodore'a Millona biospołeczna koncepcji osobowości stała się dla M. Linehan (1987) podstawą do stworzenia założeń o źródłach i mechanizmach podtrzymujących wzorce chwiejności i dysregulacji behawioralnej, poznawczej i emocjonalnej w zaburzeniach osobowości *borderline*. Powstają one zarówno pod wpływem pewnych nieprawidłowości biologicznych (cech temperamentu), jak i dysfunkcjonalnego środowiska, działającego najpierw w okresie dzieciństwa i adolescencji, później w dorosłości. Nadwrażliwość temperamentalna w interakcji z unieważniającym środowiskiem (*invalidating environment*) rodzinnym prowadzi do dysfunkcji systemu regulacji emo-

cji, co ujawnia się w postaci podatności na zranienie, co czyni jednostkę niestabilną interpersonalnie, poznawczo, emocjonalnie i w zakresie tożsamości.

Wzorce funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i zachowania M. Linehan przedstawia na trzech dymensjach, u których podłoża występują czynniki biologiczne i społeczne: 1) emocjonalna podatność na zranienie *vs.* unieważnianie emocji; 2) aktywna pasywność *vs.* pozorna kompetencja; 3) nieustanny kryzys *vs.* powstrzymywanie żałości. Wzorce z jednego bieguna osi przedstawione na rysunku 10.2 – emocjonalna podatność na zranienie, aktywna pasywność i nieustanny kryzys są przede wszystkim uwarunkowane wrodzoną dysfunkcją centralnego układu nerwowego, z drugiego – unieważnianie emocji, pozorna kompetencja i powstrzymywanie żałości kształtują się głównie pod wpływem wczesnodziecięcych, jak i aktualnych oddziaływań środowiskowych (Linehan, 1987, s. 263). W późniejszym okresie konceptualizacji założeń biospołecznej koncepcji ZOB Linehan (Comtois, Levensky, Linehan, 1999) stwierdza, że pierwotną przyczyną tego zaburzenia jest dysfunkcja w systemie regulacji emocji, pozostałe zaś objawy stanowią jedynie rezultat nieprzystosowawczych prób radzenia sobie przez jednostkę z tym deficytem.



Rys. 10.2. Trzy dymensje wzorców funkcjonowania osób z ZOB (na podstawie Linehan, 2007).

Emocjonalna podatność na zranienie – unieważnianie emocji. Najpoważniejsza dysfunkcja w regulacji emocji pacjentów *borderline* to podatność na zranienie przejawiająca się: 1) obniżeniem progu wrażliwości na pewnego rodzaju stymulację; 2) szybszą i bardziej intensywną reakcją emocjonalną nawet na niski poziom stymulacji; 3) znacznie wydłużonym okresem po-

wrotu do równowagi emocjonalnej po wystąpieniu pobudzenia. Strategie radzenia sobie z emocjonalną podatnością na zranienie przyjmują postać unikania wszelkich bodźców emocjonalnych z otoczenia, w obronie przed przeciążeniem, ale także poszukiwania nowych doznań, zagłuszających cierpienie związane z poczuciem unieważnienia. Zarówno pierwszy, jak i drugi sposób prowadzi do powstania licznych dezadaptacyjnych wzorców zachowania. Wzorec unikania intensywnych, bolesnych emocji związanych z „ja” sprzyja izolacji społecznej, nadużywaniu środków psychoaktywnych czy zagłębianiu się w świat nierealistycznych fantazji. Poszukiwanie wrażeń pojawia się licznych zachowań ryzykownych w zakresie życia seksualnego, prowadzenia pojazdów czy hazardu.

Unieważniające środowisko charakteryzuje się tym, że komunikaty o osobistych przeżyciach spotykają się z pominięciem, trywializowaniem, a nawet karaniem. Rodzic zamiast rozpoznać i nazwać doświadczaną przez dziecko emocję, lekceważy ją, zaprzecza czy redefiniuje. Uczenie się modulacji i regulacji emocji zdaniem Linehan (2007) wymaga najpierw rozpoznania, nazwania i ich spontanicznego wyrażenia, następnie osoba uczy się redukować emocjonalne reakcje na różne bodźce i wyrażać je z uwzględnieniem kontekstu w jakim znajduje się osoba. Doświadczenia kliniczne i terapeutyczne pozwoliły na sformułowanie tezy, że już we wczesnym okresie dzieciństwa rodzice prawdopodobnie odnoszą się negatywnie do prób nazywania i ekspresji emocji oraz pomijają i obniżają znaczenie siły doświadczanych przez dziecko emocji negatywnych i czynników rozpoznawanych jako ich źródło. Unieważniający rodzice bagatelizują średni poziom pobudzenia emocjonalnego dziecka, wyrażnie zaś koncentrują się na jego ekstremalnych reakcjach emocjonalnych. Takie środowisko uczy jednostkę oscylowania od silnej kontroli przeżywanych emocji do ekstremalnej ich ekspresji.

Unieważniający rodzice na różne sposoby zmuszają dziecko do osiągnięcia sukcesów w różnych dziedzinach życia, szczególnie w zakresie samokontroli, bez udzielania mu wystarczającego wsparcia emocjonalnego. Budują w nim przekonanie, że może ono osiągnąć wszystko, jeśli jest wystarczająco zmotywowane. Kiedy już wytworzy się u dziecka takie przekonanie, wtedy jakiegokolwiek niepowodzenia w osiągnięciu celu ocenia jako skutek zbyt słabej motywacji i samodyscypliny. To sprzyja oskarżaniu i karaniu siebie nawet za niezawinione niepowodzenia. Brak sukcesów w znoszeniu frustracji i nieumiejętność „robienia dobrej miny”, bez względu na samopoczucie, powoduje nasilenie oskarżeń i krytyki ze strony rodziców, co zwrótnie wpływa na nasilenie lęku, złości lub poczucia winy u dziecka, z którymi nie potrafi sobie poradzić. Powstaje błędne koło dodatnich sprzężeń zwrotnych między oddziaływaniami środowiska a możliwościami tem-

peramentalnymi jednostki, co wpływa na jej coraz większą reaktywność i mniejszą samokontrolę.

W konsekwencji, w życiu dorosłym osoby z ZOB odznaczają się brakiem zdolności do rozpoznawania (często też różnicowania), nazywania i ekspresji doświadczanych emocji oraz nieumiejętności ich kontroli, modulowania i dostosowywania do wymagań społecznych. Osoby te nie mają zaufania do własnych reakcji emocjonalnych, które są ważnym wskaźnikiem wystąpienia frustracji bądź deprywacji ważnych, indywidualnych lub społecznych celów. Poprzez naśladownictwo i modelowanie dzieci dorastające w unieważniającym środowisku, uczą się unieważniać własne emocje, doświadczenia czy przekonania, stabilizując ukształtowane dezadaptacyjne wzorce funkcjonowania.

Aktywna pasywność – pozorna kompetencja. Niezależnie od innych uwarunkowań, podatność na zranienie, czyli wysoka reaktywność osób z ZOB prowadzi do pasywnego stylu radzenia sobie z trudnościami, skierowanego na obniżanie napięcia i doznawanych emocji negatywnych niż na rozwiązywanie problemów. W konsekwencji poczucia bezsilności i bezradności wobec przeżywanych emocji, nie podejmują oni większych wysiłków w celu polepszenia swej sytuacji życiowej czy wprowadzania pożądanych zmian w środowisku społecznym. Osoby charakteryzujące się aktywną pasywnością są do pewnego stopnia podobne od pacjentów z zespołem wyuczonej bezradności. Obie grupy doświadczają poczucia bezradności i bezsilności, ale osoby aktywnie pasywne poszukują rozwiązania problemów u innych ludzi (Linehan, 2007, s. 77).

Osoby z ZOB mają ogromne trudności w utrzymaniu, wymaganej przez unieważniające otoczenie, zewnętrznej fasady człowieka szczęśliwego, osiągniętego sukcesy i radzącego sobie z różnymi problemami. W środowisku, w którym problemy minimalizuje się, osoba z ZOB, żeby uzyskać wsparcie i pomoc, paradoksalnie uczy się takiego wyolbrzymiania trudności, aby nie można było ich nie zauważyć i odnieść się do nich z należytą powagą. Następuje proces wyolbrzymiania własnych trudności i niekompetencji, co wprawdzie zmusza innych do ich zauważenia, ale jednocześnie prowadzi do nasilenia nieadekwatnych zachowań i pogłębiania się poczucia bezradności. Stan ten wzmacnia poczucie zależności i aktywne poszukiwania ludzi, którzy rozwiązaliby te trudności. Najczęściej są to rodzice lub partner/partnerka, do której osoba *borderline* „przylega”, domagając się i żądając bezwarunkowej opieki i rozwiązywania wszystkich jej problemów życiowych. Ten wzorzec zachowania nazwany został aktywną pasywnością, ponieważ osoba podejmuje aktywny wysiłek, by wymusić na innych rozwiązanie jej problemów, pozostając równocześnie pasywna w osobistym zmaganiu się z nimi. Antycypacji braku bądź zagrożenia utraty takiego

opiekuna prowadzi do nasilenia emocji negatywnych, zwłaszcza przerażenia lub depresji.

Wzorzec zachowania nazywany pozorną kompetencją osobistą polega na stwarzaniu pozorów przez osoby, że radzą sobie w życiu codziennym. Faktycznie wymagają one w wielu sytuacjach społecznych emocjonalnego wsparcia, zachęty i pomocy ze strony innych, często podejmują próby wpływania na przebieg i jakość kontaktów interpersonalnych oraz ich kontrolowania. Niezdolność do rozpoznania i integracji obszarów własnej kompetencji i niekompetencji, sprawowania kontroli i braku kontroli, potrzeby pomocy i poczucia sprawstwa prowadzi często do konfliktów interpersonalnych, a w konsekwencji do podejmowania kolejnych prób doskonalszego kontrolowania siebie i innych. Z czasem nasilająca się kontrola przeżywanego stanu emocjonalnego prowadzi do coraz większego dystansu emocjonalnego w kontaktach z innymi ludźmi i pojawienia się kolejnych dysfunkcyjnych wzorców zachowania. W obliczu niepowodzeń w życiu dorosłym, osoby te doświadczają głębokiego poczucia winy z powodu niewystarczającej do ich osiągnięcia motywacji i dyscypliny; przeżywają wściekłość i nienawidzą innych za brak zrozumienia i nierealistyczne oczekiwania wobec nich; oskarżają siebie o bycie bezwartościowym i bezradnym. Narastające w takich sytuacjach negatywne emocje, w obliczu braku umiejętności samoregulacji muszą prowadzić do różnych zachowań autodestrukcyjnych, redukujących trudne do zniesienia cierpienie.

Nieustający kryzys – powstrzymywanie żałoby. Osoby z ZOB nieustannie znajdują się w stanie głębokiego, wszechogarniającego kryzysu, z tendencjami do zachowań samobójczych. Stan ten jest spowodowany zarówno mnogością zdarzeń stresowych w życiu tych osób, jak i ich konstytucjonalnie zdeterminowaną wysoką reaktywnością. Powtarzające się zdarzenia stresowe w interakcji z niezdolnością jednostki do szybkiego powrotu do stanu równowagi emocjonalnej powodują stan wyczerpania, przez co stają się one niezdolne do bardziej adaptacyjnych zachowań.

Doświadczanie stanu głębokiego kryzysu współwystępuje ze stałą tendencją do powstrzymywania ekspresji skrajnego bólu i cierpienia związanego z żałobą. Wzorzec powstrzymywania żałoby został opisany przez Linehan (1987, s. 270), z jednej strony, w kategoriach nieświadomej tendencji osób z ZOB do powtarzania znaczącej w historii życia traumy, z drugiej zaś, w kategoriach deficytu poznawczo-emocjonalnego wynikającego z braku możliwości zintegrowania tak dramatycznego przeżycia z dotychczasowymi doświadczeniami. Najczęściej chodzi o takie zdarzenia w historii życia jednostki, jak np.: nadużycia seksualne, przemoc fizyczna lub seksualna, śmierć rodziców bądź rodzeństwa. Konsekwencje takich doświadczeń opisywane są w kategoriach stresu potraumatycznego.

Pacjenci z ZOB są niezdolni do doświadczenia silnych emocji negatywnych, zwłaszcza cierpienia, lęku i rozpacz, dlatego zamiast podążać w kierunku przeżycia kolejnych etapów doświadczeń związanych ze zdarzeniem traumatycznym, ciągle znajdują się w stanie odrętwienia. Nawet w przypadku uświadomienia sobie traumy, pacjenci *borderline* powstrzymują proces żałoby, ponieważ są głęboko przekonani, że związane z nią emocje mogą ich zniszczyć (np. „kiedy zacznę płakać, nigdy nie przestanę”). Uwzględniając ich deficyty w zakresie samokontroli, modulowania emocji czy poczucia sprawstwa, zahamowanie procesu żałoby wydaje się nie tylko zrozumiałe, ale paradoksalnie nawet pożądane. Przedstawiona powyżej koncepcja bio-społecznych uwarunkowań zaburzeń osobowości *borderline* oraz doświadczenie kliniczne M. Linehan, zwłaszcza z pacjentami o nasilonych zachowaniach samobójczych stały się podstawą opracowania założeń dialektycznej terapii zachowania, która okazała się wystarczająco efektywna.

10.3.4. Bio-psycho-społeczny model zaburzeń osobowości *borderline*

Ogólne założenia T. Millona bio-psycho-społecznej koncepcji osobowości oraz jej zaburzeń wywodzą się zarówno z nurtu zwanego personalizmem, jak i ogólnych przesłanek teorii ewolucji oraz społecznego uczenia się (Millon, 1990; Millon, Devis, 2005). Osobowość z pogranicza, podobnie jak osobowość schizotypowa i paranoidalna charakteryzuje się znacznym deficytem struktury (*structurally-deficient*), czyli należy do najbardziej patologicznej organizacji. W tych zaburzeniach zachodzi powolne i stopniowe „pogarszanie się” struktury osobowości, co znajduje odzwierciedlenie w pogłębiających się deficytach w zakresie kompetencji społecznych, emocjonalnych i poznawczych, przejawiających się coraz częstszymi, choć zwykle odwracalnymi, epizodami psychotycznymi.

Zgodnie z założeniami podejścia ewolucyjnego, jak podkreśla Millon (1990, s. 592), zaburzenia z pogranicza nie można opisać w kategoriach braku integracji jakichś aspektów osobowości, ale raczej stopnia uszkodzenia integracji poszczególnych elementów osobowości. W ujęciu tym wyróżnia dwie drogi rozwoju takiej osobowości. Pierwsza, gdy osobowość osiąga dość znaczny poziom rozwoju, ale pod wpływem długotrwałego stresu jej organizacja się złamuje, w drugiej pozostaje na niskim poziomie z powodu interakcji czynników biologicznych i środowiskowych. Osobowość z pogranicza współwystępuje często z objawami osobowości zależnej, histrionicznej, narcystycznej, negatywistycznej i antyspołecznej (por. rozdz. 10.2.3).

Na poziomie behawioralnym osobę z ZOB cechuje pewna nerwowość (*expressively spasmodic*), która wyraża się gwałtownymi, nieoczekiwanymi i impulsywnymi reakcjami, a także nagłymi zmianami stopnia kontroli impulsów agresywnych. Osoba jest emocjonalnie nie zrównoważona i można u niej zaobserwować powtarzające się zachowania samobójcze lub samouszkodzające. W relacjach interpersonalnych jest ambiwalentna, przechodzi od podziwu do niechęci. Choć u innych osób poszukuje miłości i akceptacji, to nagle wchodzi z nimi w konflikty, przeciwstawiając się w błahych sprawach. Jeśli to możliwe manipuluje i wykorzystuje inne osoby. Częściej wywołuje u innych uczucia niechęci i odrzucenia niż wsparcia i opieki. Nie radzi sobie z poczuciem opuszczenia czy porzucenia; często reaguje wówczas znacznym gniewem, który kieruje na siebie w postaci aktów auto-agresji.

Na poziomie fenomenologicznym funkcjonuje w sposób zmienny poznawczo (*cognitively capricious*). Ma ciągle zmieniające się, agresywne myśli dotyczące różnych osób i wydarzeń; doświadcza sprzecznych, ciągle zmieniających się emocji, wobec siebie i innych, np. łatwo przechodzi od miłości do nienawiści albo od poczucia winy do poczucia krzywdy. Na zachowania innych reaguje w sposób spreczny i nieprzewidywalny, co przyczynia się do licznych konfliktów z otoczeniem. W ramach struktury widoczny jest niespójny obraz siebie. Jednostka taka najczęściej doświadcza rozproszonego, sfragmentaryzowanego lub niewyraźnego poczucia tożsamości, u którego podłoża występuje głębokie i przerażające poczucie pustki (nicości). Poszukuje wybawienia od swych gwałtownych zachowań i ciągle zmieniającej się autoprezentacji poprzez skrucę oraz zachowania samokarzące. Zinternalizowane reprezentacje psychiczne zawierają zdychotomizowne wspomnienia, co ujawnia się w postaci niezgodnych postaw, sprzecznych potrzeb, negatywnych emocji, niespodziewanych impulsów i znacznej zmienności w strategiach redukcji konfliktów.

Na poziomie intrapsychicznym często dochodzi do uaktywnienia procesu regresji, w wyniku którego u osoby pojawiają się znaczące zmiany funkcjonowania emocjonalnego i społecznego. Pod wpływem stresu wycofuje się do rozwojowo wcześniejszych poziomów tolerancji lęku, kontroli impulsów i adaptacji społecznej. Osoby z ZOB w okresie adolescencji nie potrafią radzić sobie z wymaganiami społecznymi i z pozostającymi w konflikcie dążeniami, co ujawnia się w niedojrzałych lub nawet infantylnych zachowaniach. Wewnętrzne elementy struktury osobowości są zdysocjowane, podzielone, pozostając w potencjalnie konfliktowej konfiguracji. W całym funkcjonowaniu jednostki widoczny jest szczególnie brak kongruencji i stałości zarówno pomiędzy, jak i w zakresie poszczególnych wzorców zachowania. Zmieniający się ciągle poziom świadomości powodowany jest

gwałtownymi zmianami granic między elementami struktury psychicznej, które zazwyczaj oddzielają sprzeczne spostrzeżenia, wspomnienia i afekty. Procesy te powodują często tymczasowe, związane ze stresem, epizody psychotyczne.

Na poziomie biopsychicznym widoczny jest przede wszystkim zalegający nastrój. Jednostka nie potrafi poradzić sobie z ciągle zmieniającym się nastrojem i wymaganiami rzeczywistości. Widoczne są u niej zmiany oscylujące od normalności do depresji czy podniecenia; często też okresy przygnębienia i apatii przemieszanej z epizodami intensywnego i niestosownego gniewu; bądź też krótkie okresy euforii, szybko przeradzające się w stan nie do zniesienia lęku (Millon, 1990).

Bio-psycho-społeczna koncepcja typów i zaburzeń osobowości, to chyba najbardziej dynamicznie rozwijana nowa perspektywa teoretyczna w stosunku do tradycyjnego już ujęcia psychoanalitycznego czy *stricte* poznawczego. W ostatnim czasie jej tezy wspierane są wynikami badań i wyjaśnieniami pochodzącymi z koncepcji „podatność – stres” oraz podejścia interpersonalnego, zwłaszcza modelu Benjamin (Millon i in., 2005).

11

Histrioniczne zaburzenie osobowości

Jarosław Groth

11.1. Norma i patologia

Kategorię osobowości histrionicznej, która po raz pierwszy pojawiła w II wersji DSM (APA, 1968), oficjalnie włączono do klasyfikacji zaburzeń w III edycji (APA, 1980). Wprowadzenie tego terminu służyć miało uniknięciu skojarzeniowej warstwy określenia osobowość histeryczna, silnie naznaczonego związkiem z płcią, a być może także – co dostrzegł Schneider, opracowując kategorię „psychopaty żadnego uznania” – oceną moralną. Nowa kategoria sugerowała raczej obraz kliniczny zaburzenia (gr. *histrion* – aktor) niż zakładany przez Hipokratesa czy Areteusza czynnik etiologiczny i mechanizm „duszności macicznej” (Scull, 2009). Mimo że DSM (APA, 1952) nie zawiera kategorii opisującej osobowość histrioniczną (HZO), pewne jej cechy ujęto w ramach zaburzeń psychoneurotycznych, zwłaszcza reakcji dysocjacyjnej i reakcji konwersyjnej (obejmujących zakres wcześniejszej hysterii konwersyjnej), a przede wszystkim w obrębie osobowości chwiejnej emocjonalnie (odpowiadającej „osobowości psychopatycznej o chwiejności emocjonalnej”). W DSM-II (APA, 1968) terminem „histrioniczne zaburzenie osobowości” (HZO) uzupełniono pojęcie „osobowość histeryczna”, które opisywało wzorzec zachowania różny od nerwicy histerycznej, cechujący się pobudliwością, chwiejnością emocjonalną, nadmierną reaktywnością i dramatyzacją własnej osoby, właściwy dla osób pragnących zwracać uwagę innych, uwodzących, niedojrzałych i zależnych. W DSM-III (APA, 1980) zrezygnowano z określenia osobowość histeryczna i umieszczono HZO wśród zaburzeń Osi II. Zmiana ta służyć miała uniknięciu historycznych konotacji terminu „histeria”, jak również sugestii obecności symptomów konwersyjnych. Pozostawiono jednak wzmiankę, iż w innych klasyfikacjach kategoria ta nosi miano osobowości histerycznej. Zaburzenia osobowości składające się na drugą wiązkę (HZO, narcystyczne, antyspołeczne i *borderline*) charakteryzuje dziwaczność i ekscentryczność. HZO zdefiniowano jako trwałe

wzorzec cech ujemnie wpływający na społeczne i zawodowe funkcjonowanie jednostki i przyczyniający się do subiektywnego cierpienia (APA, 1980, s. 379). Wylonione kategorie diagnostyczne skupiono w dwóch grupach opisujących: a) przesadnie dramatyczne, reaktywne, w sposób nadmierny wyrażane zachowanie (dramatyzacja siebie, nieustanne zwracanie uwagi, potrzeba aktywności i pobudzenia, silne reakcje na błahe wydarzenia, irracjonalne wybuchy gniewu i furii), b) zakłócenia w relacjach interpersonalnych (sprawianie wrażenia osoby płytkiej i nieszczerzej, choć powierzchownie ciepłej i uroczej; egocentryzm, folgowanie sobie, nieuwzględnianie innych, powierzchowność, roszczeniowość, zależność, bezradność, stałe domaganie się otuchy, skłonność do manipulacji poprzez groźby, gesty i próby samobójcze). Zrewidowana wersja DSM-III R (APA, 1987) przyniosła pewne zmiany w kryteriach diagnostycznych, wymuszone pokrywaniem się obrazu HZO z kryteriami osobowości *borderline*: zrezygnowano z punktu dotyczącego gróźb, gestów i prób samobójczych, a dodano pozycję opisującą charakterystyczny styl mówienia. Trend odróżniania HZO od ZOB – oba zaburzenia ułożono w wiązce B – kontynuowano również w DSM-IV (APA, 1994; Morrison, 2001, s. 484). Kategoria HZO nie została uwzględniona wśród typów osobowości wyróżnionych w DSM-V.

Autorzy DSM, zakładając istnienie ciągłości między aspektami osobowości normalnej i patologicznej, wyodrębnili grupę cech składających się na bardziej adaptacyjną i mieszczącą się w granicach normy postać cech HZO, którą zdefiniowali jako histrioniczny styl osobowości (Sperry, 2003, s. 130). Osoba o histrionicznym stylu lubi słyszeć komplementy i pochwały. Zachowuje się w sposób czarujący i jest skłonna do subtelnej flirtowania. Zwraca uwagę na swój wygląd zewnętrzny, dba o siebie, czerpie przyjemność ze śledzenia trendów mody. Mimo że bywa impulsywna, zdolna jest odroczyć zaspokojenie. Chociaż lubi pozostawać w centrum uwagi, potrafi ustąpić z centralnej pozycji i zająć miejsce widza. Jej styl wypowiedzi jest adekwatny pod względem ogólności i konkretności. Jest skłonna do poszukiwania wrażeń, pełna życia i wylewna w okazywaniu uczuć. Choć reaguje w emocjonalny sposób, to kontroluje emocje bardziej adekwatnie od osób z HZO.

11.2. Obraz HZO – funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze i interpersonalne

Zgodnie z DSM-IV TR (APA, 2000, s. 711) zasadniczą cechą HZO jest utrwalony i przesadny wzorzec uzewnętrzniania emocji i zachowania skoncentrowanego na zwracaniu na siebie uwagi (tabela 11.1). Pojawia się on w okresie wczesnej dorosłości i występuje w zróżnicowanych kontekstach.

Nie będąc w centrum uwagi, osoby z HZO doznają dyskomfortu – w opinii wielu badaczy cechę tę uznać można za najbardziej użyteczne kryterium diagnostyczne (Sperry, 2003, s. 131). Im silniejszy jest ten dyskomfort, tym silniej osoby te starają się wyrzucić na innych wrażenie i skupić na sobie ich uwagę – próbują być duszą towarzystwa, wypowiadają dowcipne uwagi, dwuznacznie się zachowują, wtrącają się do dyskusji bądź zmieniają jej temat. Gdy nie przynosi to oczekiwanego skutku, próbują zyskać uwagę teatralnym i dramatycznym zachowaniem. Podobny motyw tkwić może u podstaw przypochlebiania się klinicyście, obdarowywania go prezentami czy przedstawiania wstrząsających opisów coraz to nowych symptomów. Osoby te nierzadko cechuje szczególna wrażliwość na myśli i stany emocjonalne innych. Cecha ta pozwala im na szybkie rozeznawanie się w pragnieniach tych, których uwagi pragną (Millon i in., 2004, s. 292). Skutecznie oczarowują nowo poznane osoby, sprawiając wrażenie entuzjastycznych, otwartych czy kokieteryjnych. Z orientacji na innych wynika kapryśny styl życia cechujący się zmiennością w sferze zachowań i emocji. Według Millona (2011, s. 330) HZO należy do spektrum zaburzeń, w których przyjmowana jest postawa aktywnej zależności, zasadzająca się na czynnym i manipulacyjnym stylu uzyskiwania uwagi, akceptacji, aprobaty i wsparcia ze strony innych, będąca przeciwieństwem pasywności właściwej dla OZ (mimo że pasywność ta służy podobnym celom).

W sferze relacji interpersonalnych osoby z HZO znamionuje skłonność do uwodzenia i prowokacji seksualnych. Nieadekwatne do sytuacji i kontekstu społecznego zachowania podejmowane są nie tylko wobec osób obdarzanych uczuciowym czy seksualnym zainteresowaniem, lecz pojawiają się w rozmaitych kontaktach społecznych. Choć zwykle jednostki te prowadzą normalne życie seksualne, niektóre z nich cechuje promiskuityzm, oziębłość czy impotencja (Morrison, 2001, s. 482).

Osoby histrioniczne doświadczają trudności w osiągnięciu bliskości emocjonalnej w związkach miłosnych i seksualnych. Mogą być nieświadome ról odgrywanych w relacjach (np. roli księżniczki). W związkach zarazem są silnie zależne od partnera, ale też i próbują uzyskać nad nim kontrolę, uwodzić i emocjonalnie manipulując. Złe stosunki z osobami tej samej płci wynikać mogą z faktu, że seksualnie prowokacyjny styl relacji interpersonalnych postrzegany bywa jako zagrożenie dla relacji innych.

Znamienna jest dla tych jednostek potrzeba nowości, stymulacji oraz skłonność do znużenia codzienną rutyną. Są one nieodporne na frustrację, niezdolne do odraczania zaspokojenia i skłonne do poszukiwania natychmiastowej gratyfikacji. W efekcie mimo entuzjazmu, z jakim angażują się w nowe projekty czy prace, często nie potrafią dłużej się nimi interesować.

Brak satysfakcji ze związków, w połączeniu z potrzebą poszukiwania ekscytacji i uwagi, przyczynia się do ich niewierności i braku lojalności w związkach.

Doświadczenie utraty podziwu innych, a wraz z tym poczucia własnej wyjątkowości i wartości, wzbudza w osobach z HZO złość, zawzięć bądź przygnębienie. Ich emocje są jednak – również te negatywne – powierzchowne i krótkotrwałe, ustępując wobec przekonania o konieczności nieustannej pogoni za aprobatą. Emocjonalna płytkość i labilność często naraża te osoby na oskarżenia o kapryśność i symulowanie uczuć. Właściwy dla HZO wzorzec znajduje odzwierciedlenie również w sposobie ubierania się, uczesaniu czy makijażu – także wygląd zewnętrzny ma przyciągać uwagę innych. W wizerunek osoby te inwestują dużo czasu, energii i pieniędzy. Ponieważ prezencja jest dla nich rzeczą najwyższej wagi, domagają się komplementów i są nadwrażliwe na krytykę.

Zaburzenie to determinuje również styl komunikacji – histrionicy wypowiadają się swobodnie, lecz w sposób przesadnie impresyjny i dramatyczny. Ich styl poznawczy cechuje ogólność, rozproszenie i brak jasnych uzasadnień, opartych na faktach i szczegółach (Shapiro, 1965/1999, s. 111–112). W przeciwieństwie do osób obsesyjno-kompulsyjnych nie są w stanie skupić uwagi, reagują szybko i emocjonalnie w odpowiedzi na to, co oczywiste lub co bezpośrednio robi na nich wrażenie. Trudności w myśleniu analitycznym mogą przyczyniać się do niepowodzeń w zadaniach wymagających logicznego rozumowania. Bywa natomiast, że osoby te odnoszą sukcesy w dziedzinach wymagających kreatywności i wyobraźni (Beidel i in., 2012, s. 418; Morrison, 2001, s. 482). Niekiedy ogólnikowy styl poznawczy uznaje się za formę obrony, której celem – podobnie jak wyparcia, zaprzeczenia czy dysocjacji – jest zablokowanie przetwarzania informacji i zmniejszenie pobudzenia emocjonalnego (Horowitz, 2001; Riesenberg-Malcolm, 1996). Perspektywa ta wyjaśnia *belle indifférence*, emocjonalne stępienie i obojętność wobec własnych objawów, trudności w integracji czy w rozpoznawaniu konsekwencji swych działań.

Osoby z HZO są skłonne do dramatyzowania przeżyć, teatralności i przesadnej ekspresji emocji, przywodząca na myśl sceniczny występ aktora, którego gra pretensjonalnie podkreśla uczucia. Z tego powodu histrionicy wprowadzają niekiedy swoje otoczenie w zakłopotanie. Wyolbrzymiona ekspresja może sprawiać wrażenie niemal parodii normalnej emocjonalności. Osoby te cechuje wysoki poziom sugestybilności – ich opinie i uczucia łatwo ulegają zmianie pod wpływem innych ludzi bądź chwilowych kaprysów. Są nadmiernie ufne i konformistyczne w zakresie opinii i zachowań zwłaszcza wobec osób, których uwagi pragną – na przykład tych dysponu-

jących władzą, które w ich przekonaniu w magiczny sposób mogą rozwiązać ich problemy. Stałe zapotrzebowanie na stymulację i zainteresowanie ze strony innych sprawia, że swoje związki z innymi oceniają na bliższe czy bardziej zażyłe niż faktycznie. Zdarza się, że skracają dystans, zwracając się po imieniu do osób dopiero co poznanych bądź nazywają ich bliskimi przyjaciółmi. Powszechnie też uciekają w romantyczne fantazje.

Tabela 11.1. Kryteria diagnostyczne histrionicznego zaburzenia osobowości (DSM-IV TR, 301.50) i osobowości histrionicznej (ICD-10, F60.4)

Histrioniczne zaburzenie osobowości (DSM-IV TR)	Osobowość histrioniczna (ICD-10)
Utrwalony wzorzec przesady w uzewnętrznianiu uczuć i prób skupiania na sobie uwagi, który pojawia się we wczesnej dorosłości i ujawnia się w różnych kontekstach, na co wskazuje co najmniej 5 spośród następujących kryteriów: 1) jednostka źle czuje się w sytuacjach, w których nie znajduje się w centrum uwagi; 2) w interakcjach z innymi często zachowuje się prowokacyjnie lub uwodzi seksualnie w sposób niestosowny; 3) wyrażane emocje są płytkie i szybko ulegają zmianie; 4) stale wykorzystuje wygląd zewnętrzny, aby zwracać na siebie uwagę innych; 5) jej styl mówienia jest nadmiernie impresyjny i ubogi w szczegóły; 6) dramatyzuje własne przeżycia, zachowuje się w sposób teatralny i przesadnie wyraża emocje; 7) jest podatna na sugestię, łatwo ulega wpływom innych ludzi lub okoliczności; 8) swoje związki z innymi uważa za bliższe, niż są naprawdę.	Spełnione ogólne kryteria zaburzeń osobowości (F60). Występują co najmniej 4 z następujących: 1) dramatyzowanie siebie, teatralność, przesadny wyraz emocjonalny; 2) sugestywność, łatwe uleganie wpływom innych osób lub okoliczności; 3) powierzchowna i chwiejna uczuciowość; 4) stałe poszukiwanie podnieć, docenienia przez innych i działań, dzięki którym osoba staje się centrum uwagi; 5) niestosowna uwodzicielskość w wyglądzie lub zachowaniu; 6) nadmierna koncentracja na atrakcyjności fizycznej.

Źródło: APA, 2000, s. 714; Dobbert, 2007; Loranger i in., 2007; WHO, 1998, s. 115; 2000, s. 173.

Nie jest znany stopień zagrożenia histrioników samobójstwem, choć podkreśla się ich tendencję do samobójczych gestów i gróźb, mających na celu zyskanie uwagi innych. Podatność na nudę oraz ciągle poszukiwanie nowych wrażeń w niektórych przypadkach prowadzić może do konfliktów z prawem (Morrison, 2001, s. 482).

W DSM-V nie wyszczególniono HZO jako odrębnego zaburzenia osobowości. Uznano, że brak wiarygodnych dowodów, które pozwalają na odróżnienie tego zaburzenia od ZOB oraz AZO. Mimo że w pojęciu twórców

DSM-V HZO nie spełnia wymogów typu zaburzenia osobowości, to według podręcznika można ujmować, w klinicznie uzasadnionych przypadkach, cechy histrioniczne jako składniki ogólniejszej jednostki. Zachowano tym samym możliwość rozpoznania HZO na podstawie patologii *self* i relacji z innymi oraz dopasowania opisu zaburzenia osobowości do danego pacjenta (Kernberg, 2012). W rezultacie osobowość histrioniczna ujmowana jest w DSM-V w ramach zaburzenia osobowości określonego przez cechy, które pozwalają na opis w kategoriach labilności emocjonalnej, manipulacyjności oraz szukania uwagi. Rozpoznanie oparto na cechach definiowanych jako negatywna uczuciowość oraz antagonizm (Grabski, Gierowski, 2012). Można uznać, iż tak pojmowane HZO stanowi łagodniejszy wariant ZOB. Jako że HZO obejmuje szerokie spektrum patologii o histerycznym i histrionicznym charakterze, obszernie opisywanej w literaturze psychodynamicznej, opinie badaczy odnośnie do klinicznego uzasadnienia wykluczenia HZO z DSM-V nie są jednoznaczne. Niektórzy badacze sugerują, że wyłączenie łagodniejszych form zaburzeń, takich jak osobowość histrioniczna, może prowadzić do powstania opisu nieoddającego spektrum spotykanych zaburzeń osobowości, wraz z właściwymi dla nich prognozami czy wskazówkami do terapii (Kernberg, 2012).

W ICD-10 (WHO, 1998, 2000) osobowość histrioniczna zaliczana jest do grupy specyficznych zaburzeń osobowości (F60) – zaburzeń struktury charakteru i wzorców zachowań, wyraźnie odbiegających od zakresu kulturowo akceptowanego i oczekiwanego. Owa odmienność ma charakter długotrwały, obejmuje wiele zakresów funkcjonowania osobowości oraz rozmaite sytuacje funkcjonowania indywidualnego i społecznego. Zaburzenia te prowadzą do poczucia cierpienia, a także często do trudności w obszarze sprawności zawodowej i społecznej. Cechy zaburzenia osobowości zyskują stabilność w okresie późnego dzieciństwa lub młodzieńczym i utrzymują się w wieku dojrzałym. Kryteria diagnostyczne osobowości histrionicznej (F60.4; histerycznej, psychoinfantylnej) według klasyfikacji ICD-10 przedstawiono w tabeli 11.1. Ponadto – choć nie jest to konieczne do rozpoznania – osobowość histrioniczną charakteryzować może: egocentryzm, łatwość wybaczenia sobie, stałe pragnienie bycia docenianym, nieszanowanie innych, wrażliwość na zranienia uczuciowe oraz uporczywe manipulowanie innymi dla osobistych celów (WHO, 2000, s. 173).

Rozpowszechnienie HZO ocenia się zwykle na 2–3% w populacji ogólnej i 10–15% w grupie pacjentów szpitalnych (APA, 2000, s. 713), choć od kilku lat wyraźna staje się tendencja do znacznie rzadszego diagnozowania tego zaburzenia – odpowiednio 1–2% i 1% (Ansell, Grilo, 2007, s. 649; Barlow, Durand, 2012, s. 436). Według DSM (począwszy od DSM-III) HZO rozpoznaje się istotnie częściej u kobiet, niż u mężczyzn (First i in., 2002, s. 155).

Empiryczne potwierdzenie znajdują jednak hipotezy odnośnie do podobnego rozpowszechnienia HZO wśród kobiet i mężczyzn (APA, 2000, s. 712). Przypuszczać można, że różnica ta wynika z większego przyzwolenia społecznego na męskie zachowania zgodne ze stereotypem płci, motywowane chroniczną potrzebą aprobaty i uwagi – zarówno w przypadku typu hiper-męskiego (karykaturalna realizacja obrazu donżuana), jak i pasywno-zniewieściałego (bierny, impotentny heteroseksualista lękający się kobiet, bądź egzaltowany homoseksualista). (Mimo że niekiedy histrioników cechuje homoseksualny wzorzec pobudzenia, to większość rozpoznań dotyczy heteroseksualistów, często o jakimś zaburzeniu relacji seksualnej (Gabbard, 2009, s. 489).) Do niedoszacowania w diagnozie HZO wśród mężczyzn przyczyniać się może także tendencja do częstszego rozpoznawania w tej grupie NZO i AZO. Niemniej jednak, pomimo podobieństw w obrazie klinicznym u kobiet i mężczyzn, nie ma pewności co do zgodności w zakresie wszystkich symptomów, jak również ścieżek rozwojowych tego zaburzenia (Millon i in., 2004, s. 296–297).

11.2.1. Opis przypadku

Pani A., 35-letnia mężatka, zgłosiła się na terapię w poczuciu, że jej małżeństwo przechodzi kryzys i pełna rozgoryczenia, że jej mąż – najbliższa jej osoba – odwraca się od niej. Twierdziła, że nie widzi sensu życia i uskarżała się na męża, dramatyzując i zanosząc się płaczem. Z tuszem rozmazanym na twarzy krzyczała, że mąż jej nie rozumie i że jeśli ktoś jej natychmiast nie wysłucha, to skoczy z mostu albo podetnie sobie żyły. Jej wyrażane podniesionym głosem skargi pozbawione były szczegółów i dotyczyły ogólnego rozczarowania czy poirytowania. Zgłaszała trudności w wielu obszarach życia, m.in. nie potrafiła nawiązać poprawnych relacji ze współpracownikami w biurze, które nie chciały włączyć jej do swego kręgu towarzyskiego i nie spotykały się z nią poza pracą. Uważała, że są nadmiernie rywalizacyjne i zazdrosne, że obawiają się o wierność swoich mężów, którzy uznawali ją za bardzo atrakcyjną i chętnie tańczyli z nią na firmowych przyjęciach. Podkreślała, że prawdziwych przyjaciół znajduje wśród mężczyzn, którzy stale ją otaczają i adorują, od kiedy pamięta. Z kokieterią zauważyła, że celowo wybrała terapeutę mężczyznę i że być może nie tylko pomoże on jej lepiej zrozumieć męża, ale dołączy też do grona wspierających ją mężczyzn. Dodała, że bycie w centrum uwagi nie jest niczym złym i że dobrze się czuje, gdy inni się nią zajmują. Coraz wyraźniejszemu zainteresowaniu osobą terapeuty towarzyszyły dwuznaczne uwagi. Teatralnie wyrażane rozgoryczenie i pretensje ustąpiły miejsca in-

nym tematom. Pani A. opowiadała o znaczeniu prezencji i przyjemności związanej z nadążaniem za modą. Pani A. ubierała się wyzywająco, podkreślając swą kobiecość makijażem i biżuterią. Wiele czasu i energii wkładała w nabywanie ubrań i biżuterii, zdając sobie sprawę, że pozwalają jej na to wysokie dochody męża. Podczas wywiadu pani A. mówiła bardzo dużo, przeskakując z tematu na temat. Jej nastrój zmieniał się gwałtownie: od smutku i przygnębienia, po emocjonalne ożywienie bliskie niemalże manii. Jej nastrój nie zawsze odpowiadał relacjonowanym treściom – niekiedy wydawała się zdumiewająco zdystansowana wobec wydawałoby się poważnych problemów osobistych, innym razem opowiadała o czymś błahym z przesadną mimiką i z gestykulacją wykraczającą poza normalną ekspresję. Momentami wydawało się, że stara się odgrywać różne role, uważnie przyglądając się przy tym reakcjom terapeuty, jakby próbowała, która z nich najbardziej odpowiada sytuacji konsultacji. W przeszłości pani A. wielokrotnie poddawała się psychoterapii. Zwykle zakochiwała się w terapeutach i z rozczarowaniem przyjmowała fakt, że gdy dopominała się romansu, jej uczucia nie spotykały się z wzajemnością. Mimo że spotkania z terapeutami kończyły się poczuciem żalu i odrzucenia, z entuzjazmem rozpoczynała kolejne psychoterapie z nadzieją na spotkanie kogoś, kto naprawdę ją zrozumie i nie jest zainteresowany wyłącznie jej ciałem.

11.3. Problemy diagnostyczne i współwystępowanie

Zgodnie z DSM-IV TR (APA, 2000, s. 713) rozpoznanie HZO utrudniać może fakt współdzielenia kryteriów z innymi zaburzeniami. HZO często współwystępuje z zaburzeniami Osi I, tworząc zespoły lękowe, fobiczne, obsesyjno-kompulsyjne, somatoformiczne, dysocjacyjne, zaburzeń nastroju i nadużywania substancji (Frances, Ross, 1996, s. 302). W wielu wypadkach osoby z HZO spełniają kryteria innych zaburzeń osobowości: ZOB, NZO, AZO czy OZ (DSM dopuszcza możliwość jednoczesnej diagnozy kilku zaburzeń osobowości u tej samej osoby). Sugerowano także, że HZO stanowi kobietą formę psychopatii (Cale, Lilienfeld, 2002; Jackson, Richards, 2007; Verona, Vitale, 2007), lecz wydaje się, iż teza ta nie znalazła dotąd wyraźnego potwierdzenia.

Odpowiedzią na problemy diagnostyczne wynikające ze zróżnicowania nasilenia cech składających się na HZO, jak również ze współwystępowania tego zaburzenia z innymi zaburzeniami osobowości, jest kategoria spektrum SPH (*sociable styles, pleasuring types, histrionic disorders*) (Millon, 2011). Podejście to pozwala na bardziej szczegółowy niż kategoria stylu osobowości opis wariantów osobowości, spośród których dopiero skrajny wariant – zaburze-

nie histrioniczne – spełnia kryteria DSM-IV TR. Cechy obserwowalne w wariantach spektrum ujęto w 4 sferach: intrapsychicznej, behawioralnej, fenomenologicznej i biofizycznej (por. tabela 11.2).

Tabela 11.2. Cechy spektrum SPH

Sfera intrapsychiczna Dysocjacja (częste zmiany i przekształcenia reprezentacji siebie w celu tworzenia licznych społecznie atrakcyjnych wizerunków; zaangażowanie w rozpraszające aktywności w celu unikania refleksji i integracji nieprzyjemnych myśli i emocji itp.). Chaotyczna struktura (niespójność, rozproszenie procesów wewnętrznej regulacji i kontroli, doraźne metody powstrzymywania impulsów, koordynowania obron i rozwiązywania konfliktów; obecność mechanizmów służących utrzymywaniu spójności psychicznej, których skuteczność wzmacnia odizolowanie i niepowiązanie myśli, uczuć i działań itp.).	Sfera fenomenologiczna Poznawcza niestałość (unikanie introspekcji, nadmierna sugestybilność, koncentracja na zdarzeniach zewnętrznych, ogólnikowe i impresyjne wypowiedzi; słabe integrowanie doświadczeń prowadzące do rozproszonego uczenia się i lekkomyślnych osądów itp.). Towarzyski obraz siebie (postrzeganie siebie jako osoby towarzyskiej, pobudzającej i czarującej; czerpanie przyjemności z atrakcyjnych znajomości, zorientowany na przyjemności styl życia itp.). Powierzchniowa treść (uwewnętrznione reprezentacje złożone głównie z powierzchownych wspomnień dawnych relacji, przypadkowego zbioru przelotnych i odseparowanych uczuć oraz konfliktów, jak również nieistotnych pobudek i mechanizmów itp.).
Sfera behawioralna Ekspresyjny dramatyzm (przesadne reagowanie, nieprzewidywalność, prowokacyjność, niezdolność do tolerowania bezczynności, skłonność do impulsywnych, wysoce emocjonalnych i teatralnych reakcji; skłonność do chwilowego podekscytowania, przelotnych przygód i krótkowzrocznego hedonizmu itp.). Poszukiwanie uwagi w relacjach interpersonalnych (aktywne zabieganie o pochwały i manipulacja innymi w celu uzyskania wsparcia, uwagi i aprobaty; domaganie się, kokieteria, próżność i uwodzący ekshibicjonizm itp.).	Sfera biofizyczna Kapryśny nastrój (gwałtowne zmiany i płytkość emocji; ożywienie, zapalczliwość, skłonność do wpadania w gniew i znudzenie itp.).

Źródło: Millon, 2011, s. 341–346.

Jako że towarzyskość i łatwość nawiązywania relacji są cechami aprobowanymi kulturowo, łagodny wariant SPH – towarzyski styl osobowości – przyjmujący postać stylu dramatycznego bądź towarzyskiego, nie jest roz-

patrywany w kategoriach zaburzenia (Millon, 2011, s. 346–351). Osoby takie zdają sobie sprawę ze swych kompetencji społecznych oraz zdolności wywierania wpływu i oczarowywania innych. Czerpią przyjemność z kontaktów społecznych, lubią pozostawać w centrum zdarzeń, są śmiałe, rozmowne i zainteresowane innymi. W rezultacie łatwo zyskują sympatię otoczenia. Czynności powtarzalne i prozaiczne nudzą je, a ich nastrój może gwałtownie ulegać zmianie, stąd bywają postrzegane jako impulsywne i kapryśne. Za sprawą swego stylu postępowania i myślenia robią wrażenie nieco naiwnych. Często są przy tym przesadnie optymistyczne i otwarte na nowe możliwości. Z reguły nie okazują autentycznych uczuć, ale takie, które służyć mają fascynowaniu i przyciąganiu innych. Głównym motywem ich funkcjonowania jest pragnienie aprobaty społecznej. Mogą one martwić się, czy ich spryt społeczny wystarcza, by ukryć wewnętrzną pustkę. W istocie doznają emocjonalnej płytkości, nieszczerości i braku wewnętrznej treści. Ze stylem towarzyskim wiąże się potrzeba uspokajania innych, łagodzenia podziałów i konfliktów. Pod wpływem charyzmatycznych liderów czy grup społecznych zaspokajających potrzebę osobistego znaczenia czy społecznego uznania, osoby te mogą jednak angażować się w przemoc lub podejmować działania ryzykowne.

Wśród osób o umiarkowanie zaburzonym wariacie SPH (zaspokajający typ osobowości) wyodrębniono dwa typy: teatralne oraz infantylne. Jednostki zaspokajające teatralne są afektowane, zmanierowane, w karykaturalny sposób żądne uwagi, romantyczne i skłonne do dramatyzowania (Millon, 2011, s. 351–355). Brak im stałości „ja” i skłonne są traktować siebie jak towar. Starając się sprostać oczekiwaniom innych i zachować atrakcyjność, próbują odczytywać ich motywy i odzwierciedlać to, co dla nich satysfakcjonujące. Kreują coraz to nowe pociągające wizerunki i przybierają dramatyczne pozy. Odgrywane role nie są w stanie ukryć ich poczucia braku wewnętrznej treści, natomiast sprawiają, że odbierane są jako zmanierowane i nieszczerze. Kobiety przedstawiające typ teatralny przesadnie korzystają z atrybutów mających podkreślać ich kobiecość (Taylor, Vaidia, 2009, s. 145–147). Męski typ teatralny reprezentują opowiadający dowcipy gawędziarze, „kulturyści” poświęcający czas kształtowaniu ciała czy „przystojniacy”, karykaturalnie ucieleśniający stereotypy męskości. Jednostki teatralne są zwykle rozczarowane partnerami i żyją w świecie romantycznych wyobrażeń. Osoby zaspokajające infantylne są napięte i skłonne do przywierania. Cechuje je silna zależność od innych i domaganie się przywiązania. Ich równowaga wewnętrzna zależy od stałego potwierdzania ich wartości przez innych. W dziecinny sposób grymaszą, formułują roszczenia, dąsają się i awanturują. Są niestabilne emocjonalnie, nieprzewidywalne, drażliwe

i irracjonalne, a skrajne emocje wyrażają naprzemiennie lub równocześnie. Mogą skarżyć się na brak troski ze strony innych, niesprawiedliwość i nie-szczerość.

Wśród jednostek reprezentujących poważny wariant SPH (HZO) wyróżniono histrioniczne nieszczerze oraz wzburzone. Pierwsze z nich cechuje zdolność do wywierania dobrego wrażenia, nawiązywania kontaktów oraz tworzenia fasady szczerości i towarzyskości (Millon, 2011, s. 355–357). Łatwość odczytywania pragnień innych oraz manipulowania nimi pozwala im na wyrachowane uwodzenie, zyskiwanie uwagi i innych wartości. Są egocentryczne, skłonne do niedotrzymywania obietnic, oszustw, a także zachowań impulsywnych i łamania norm. Intrygi i konflikty wydają się przynosić im satysfakcję. Długo chowają urazę, są kapryśne wobec osób bliskich i członków rodziny. Stale poszukują stymulacji, są hedonistyczne, niezdolne do tolerowania frustracji i nadwrażliwe na krytykę. Osoby o wzburzonym HZO są kapryśne i chwiejne emocjonalnie (Millon, 2011). Są powierzchownie życzliwe i towarzyskie, a zarazem niedojrzałe społecznie i wrażliwe na krytykę. Nie panują nad emocjami, dramatycznie reagując na rzekome prowokacje atakami gniewu i wściekłości. Ich wybuchy wrogości i zawiści przeplatają się ze zmęczeniem i wyczerpaniem. Zdarza się, że starają się zyskać uwagę innych, odwołując się do swych chorób somatycznych (Beisert, 2004, s. 143).

Zważywszy, że warianty spektrum SPH mogą podlegać regresji do poziomów bardziej patologicznych, mogą być traktowane także jako warianty HZO współwystępującego z innym zaburzeniem osobowości. Tak więc osobowość teatralna stanowi przykład podstawowego wzorca histrionicznego, pozostałe zaś warianty obrazują odchylenie od wzorca: osoby wzburzone i infantylne łączą w sobie cechy HZO i ZOB, a nieszczerze – cechy HZO i osobowości antyspołecznej. Całość obrazu dopełniają osoby histrioniczne pełne życia i zjednujące (Millon i in., 2004, s. 299). Pierwsze z nich łączą cechy HZO z narcystycznymi – są ożywione, optymistyczne i spontaniczne, przypominają osoby hipomaniakalne. Nieustannie poszukują ekscytacji i nie zważają na konsekwencje swych zachowań. Impulsywnie podejmują się realizacji nowych pomysłów, których zwykle nie finalizują. Jednostki zjednujące – łącząc w sobie cechy kompulsyjne, właściwości osobowości zależnej oraz HZO – cechują się zarówno poczuciem pustki i bezwartościowości, jak i bezradności, niższości oraz winy. Aprobata i sympatię zyskują poprzez schlebianie i komplementowanie innych. Starają się łagodzić konflikty, nawet za cenę rezygnacji z własnego dobra. Czasami wcielają się w rolę ofiar, którym należy się współczucie wobec spotykających je przykrości.

11.4. Psychologiczne koncepcje wyjaśnienia genezy i patomechanizmu

Charakterystyka psychospołeczna zaburzenia definiowanego obecnie jako HZO sformułowana w połowie XIX wieku przez von Feuchterslebena zapoczątkowała szereg prób ustalenia jego obrazu klinicznego oraz genezy i patomechanizmu, obecnie kontynuowanych w ramach podejścia psychoanalitycznego, poznawczo-behawioralnego, integracyjnego, neurobehawioralnego, opartego na przywiązaniu itp.

11.4.1. Osobowość histrioniczna w ujęciu psychoanalitycznym

Współczesna psychoanaliza nie rezygnuje z kategorii hysterii, korzystając z niej zarówno w odniesieniu do zjawisk historycznej konwersji, dysocjacji, jak i osobowości. Zestawienie osobowości historycznej i HZO pozwala jednak na zróżnicowanie zaburzeń o podobnym obrazie, choć odmiennej etiologii i patomechanizmie. Przedstawiony w DSM-IV TR obraz HZO odbiega od tradycyjnie rozumianej osobowości historycznej, przypominając raczej obraz kliniczny ZOB (pozbawionej gniewu) czy NZO (Livesley, 2003, s. 156). Według Kernberga (Kernberg, Caligor, 2005, s. 136; Caligor, Kernberg, Clarkin, 2007, s. 195) HZO należy do grupy zaburzeń osobowości o cechach organizacji *borderline*, choć osoby histrioniczne są zdolne do lepszej adaptacji społecznej, pewnego stopnia bliskości czy wyższego poziomu satysfakcji z pracy. Wyodrębnienie przez Marmora (1953) dwóch typów hysterii – bardziej edypalnej i bardziej oralnej – pozwoliło na przyjęcie określenia „histeria” dla jednostek o wyższym, neurotycznym poziomie organizacji osobowości, „histrionia” zaś dla jednostek o niższym poziomie organizacji (*bor-derline*, narcystycznej). (Kwestia charakteru tej różnicy – jakościowego bądź ilościowego – znajduje różne rozwiązania.) Na poziomie objawowym jednostki o osobowości historycznej spełniają kryteria HZO według DSM-IV TR w mniejszym nasileniu i w mniej barwny sposób, pewnych nie spełniając wcale (Gabbard, 2009, s. 487).

Zgodnie z powyższym modelem osobowość historyczna w większym stopniu wiąże się z problemami właściwymi dla fazy fallicznej, histrioniczna zaś bardziej dotyczy problemów oralnych. Relacje osób histrionicznych mają zatem charakter diadyczny i uruchamiają silny lęk separacyjny. Wobec prymitywnych tendencji oralnych jednostki te skłonne są do posługiwania się rozszczepieniem, idealizacją, dysocjacją czy identyfikacją projekcyjną. Ich *superego* jest mniej upostaciowione i wyraziste niż w przypadku osób historycznych. Erotyzowane przeniesienie histrioników związane jest nie tylko

z przeżywaniem elementów seksualnych, ale także z dopominaniem się ich realizacji w rzeczywistości. Charakter przeniesienia świadczy o mniejszym różnicowaniu przestrzeni wewnętrznej i zewnętrznej czy trudnościach w utrzymaniu porządku symbolicznego „jak gdyby”, które powinno cechować przeniesienie.

Przyjmuje się, że osoba histrioniczna doświadcza w fazie oralnej depriwacji, wskutek której doznaje rozczarowania matką i – funkcjonując na poziomie obiektów częściowych – zrównuje ojcowski penis z matczyną pierśią. Utrzymując infantylną relację z ojcem, orientuje się, że zyskuje jego uwagę dzięki zalotnym gestom i teatralnej ekspresji emocji. W miarę dojrzewania unika zagrażających kazirodczych impulsów, represjonując genitalną seksualność i zachowuje w ten sposób pozycję „córeczki tatusia”. U podstaw egzaltacji osób z HZO tkwi zatem niezdolność matki do przyjęcia i zawierania projekcji dziecka oraz ignorowanie jego stanów wewnętrznych. Wynikająca z braku uwagi egzaltacja chroni przed doświadczaniem stanów wewnętrznych poprzez dystansowanie od nich i koncentrację na przesadnie wyrażanych emocjach (Gabbard, 2009, s. 493; Riesenberga, Malcolm, 1996). Za sprawą wczesnej idealizacji ojciec jawi się jako mężczyzna, któremu nie może dorównać żaden inny. Pragnienie bycia obiektem ojca, realizowane poprzez rozpoznawanie jego pragnień i dopasowywanie się do nich, prowadzi do wykształcenia fałszywego *self* i nieustannej pogoni za pozycją bycia upragnioną (Bollas, 2000; Khan, 1983). Kobiety z HZO cechuje zatem tendencja do orientacji na oczekiwania mężczyzn i dopasowywania się do nich. Osoby te często nie są świadome swego uwodzącego stylu bycia i z zaskoczeniem przyjmują odpowiedzi na prowokacje. Ich seksualność nie wiąże się z intymnością i bliskością, lecz służy celom narcystycznym i infantylnego omnipotencji.

W przypadku histrionicznych mężczyzn dochodzi do erotyzacji obiektu doświadczanego jako niedostępny wskutek wczesnej separacji i wykształcenia fantazji relacji matki z innym, wybranym przez nią mężczyzną (Bollas, 2000). Potwierdzanie męskości poprzez kulturystykę czy pokonywanie rywali przez uwodzenie stanowi zatem wyraz lęku separacyjnego. Mężczyźni tacy, podobnie jak histrioniczne kobiety, starając się utrzymać pozycję obiektu pragnienia innego, nieustannie poszukują nowych relacji bądź zachowują wierność matce i wybierają celibat.

Wczesna histeria bywa także rozpatrywana w kategoriach obrony przed psychozą (Brenman, 2010; Safouan, 2012). Brenman (2010, s. 119) zwraca uwagę na silne rozszczepienie pozwalające na współistnienie katastrofy i zaprzeczenia. Dostrzega okrutne i katastroficzne prześladowanie przez obiekty w połączeniu z nienaruszeniem części osobowości. Osoby te inaczej niż psychotycy wchodzą w związki z zewnętrznymi obiektami, który

wspomagają ich histeryczność, chroniąc przed załamaniem i rozpadem. Według Brenmana doświadczenia straty, bólu rzeczywistości, rezygnacji i poczucia winy, towarzyszące przejściu do pozycji depresyjnej, są dla histeryka nie do uniesienia. Na ich rozwój wpływa obiekt zewnętrzny – histeryczna matka niezdolna do kontenerowania dziecięcych lęków – która wspiera dziecko w histeryczności, podtrzymując przekonanie, że stan ten jest lepszy od rzeczywistości. Relacja ta prowadzi zatem do negacji własnej rzeczywistości psychicznej i unieważnienia prawdziwego *self*. Korzystając z perwersyjnych rozwiązań, histeryk zaprzecza prawdzie i identyfikuje się z obiektem w fantazji. Jako że proces ten opiera się na identyfikacji projekcyjnej, histeryk funkcjonuje za pośrednictwem innych osób. Chętnie wciąga je w odgrywanie swoich nieświadomych fantazji (de Folch, 1984). Stara się być wobec innych osób przyjacielski i kochający, nie po to jednak by budować związki, lecz by zyskać ich podziw i miłość, a jednocześnie aby móc pogardzać i triumfować. Za sprawą ataków na rzeczywistość psychiczną histeryk doświadcza braku obiektów wspierających i obecności obiektów prześladowczych, co przeżywa jako groźbę fragmentacji *ego* i katastrofy psychicznej. W takim rozumieniu bycie udanym histerykiem chroni przed psychozą.

11.4.2. Osobowość histrioniczna w ujęciu poznawczo-behawioralnym

Przedstawiona przez Becka (1976) konceptualizacja poznawcza w większym stopniu odnosiła się do histerii konwersyjnej niż osobowości histrionicznej. Popularne poznawczo-behawioralne ujęcie HZO łączy w sobie założenia koncepcji Becka, bio-społeczno-poznawcze podejście Millona, oraz charakterystyki stylu poznawczego dokonanych przez Shapiro. Przyjmuje się, że prawdopodobieństwo rozwoju HZO jest istotnie większe u osób skłonnych do czujności i reakcji (Millon, 2011, s. 364–367). Silna stymulacja w okresie niemowlęcym sprzyja wykształceniu tendencji do orientacji na świat zewnętrzny i na zewnętrzne wzmocnienia. Jednostki z HZO doświadczały stymulacji ze strony pewnej liczby źródeł (wielu opiekunów), przy czym wzmocnienia były silne, krótkie i nieregularne. Doświadczenia te uczą histrioników gotowości do przyjmowania nowych bodźców pochodzących od różnych źródeł, poszukiwania ich oraz aktywnego tworzenia pobudzenia; uczą one, że uwaga, troska i uczucia opiekunów wynikają z ich własnego zachowania, z angażowania się w pewne aprobowane zachowania i odgrywania oczekiwanych ról. Proces uczenia przebiega w specyficznych warunkach cechujących się: minimalną obecnością wzmocnień negatywnych

(rzadkość kar), zależnością wzmocnień pozytywnych od zachowywania się w sposób aprobowany przez rodziców (nagroda tylko za to, co podziwiane) oraz nieregularnością wzmocnień pozytywnych (tj. częstym brakiem nagród – nawet wtedy, gdy dziecko stara się przyciągnąć uwagę zachowaniem zgodnym z oczekiwaniami). Samo zidentyfikowane przez Becka (Beck i in., 2005, s. 247) założenie osób z HZO – „jestem niekompetentny i sam nie poradzę sobie z życiem” – nie różni ich niejednokrotnie od osób z innymi zaburzeniami. Odróżnia ich natomiast sposób radzenia sobie polegający na przyjęciu pragmatycznej postawy zapewniania sobie opieki i innych potrzeb poprzez zyskiwanie uwagi i aprobaty otoczenia. Osoby te uczą się instrumentalnych zachowań i odgrywania ról, dzięki którym spełniają oczekiwania innych i zyskują nagrody (Pretzer, Beck, 2005, s. 93). Ponieważ doświadczają nieregularnych wzmocnień, ich zachowania stają się bardzo trudne do wygaszania. W rezultacie jednostki histrioniczne skłonne są trwać przy tych zachowaniach, które zwykle nie prowadzą do nagród, czekając mimo wszystko na ostateczną nagrodę. Osoby te uczą się, że nagroda nie wynika z samego zachowania (nieregularne nagrody), lecz zależy od aprobaty i osądu ich wysiłków przez innych. Tym samym aktywnie orientują się na innych, którzy określają ich kompetencje, a pomijają własną ocenę zachowania i własne przeżycia. Wskutek nieregularności nagradzania kompetencji nie mogą zyskać pewności co do adekwatności swych zachowań i są zmuszone do stałej obserwacji innych w poszukiwaniu przychylnych reakcji. Nawyk dopraszania się aprobaty jest w ich przypadku tak silny, że aprobata staje się celem samym w sobie.

Wśród zniekształceń poznawczych typowych dla stylu myślenia osób z HZO uwagę zwraca skłonność do myślenia w kategoriach czarno-białych i wyciągania skrajnych wniosków. Ponadto osoby te, skupiając się raczej na emocjonalnym przeżywaniu sytuacji niż na logice i analizie detali, mają tendencję do nadmiernego uogólniania interpretacji zdarzeń. Emocjonalne rozumowanie również staje się w ich przypadku obszarem zniekształceń, gdyż osoby histrioniczne przekonane są, iż emocje są dowodem prawdy. Ponieważ doświadczane emocje są skrajnie pozytywne bądź skrajnie negatywne, stają się one podstawą skrajnych interpretacji pozytywnych i negatywnych odnośnie do innych ludzi oraz związków z nimi (Beck i in., 2005, s. 249).

Zdaniem Millona (2011, s. 365) rozwojowi HZO sprzyjają dwie cechy życia rodzinnego: histrioniczne modele wychowawcze oraz rywalizacja między rodzeństwem. Dramatyczny i wyraźny sposób zachowywania się oraz wyrażania uczuć czy postaw przez rodziców sprzyja procesowi modelowania. W ten sposób dzieci naśladują histrionicznych rodziców, którzy sami starają się przyciągnąć uwagę swym stylem bycia. Ponadto, jeśli uwagę

rodziców rywalizującego rodzeństwa skuteczniej przyciąga urok i powab, to reakcje te skutecznie przyczyniają się do powstania histrionicznego wzorca zachowania. Znajdując się zatem w sytuacji, w której odczuwają potrzebę uwagi innych, mają tendencję do zniekształcania percepcji i błędnego postrzegania tej sytuacji w kategoriach rywalizacji, a następnie aktywowania strategii opartych na wdzięczeniu się i uwodzeniu, sprawdzonych wcześniej w rywalizacji z rodzeństwem.

Niezdolność opiekunów do dostarczenia dziecku stałego zestawu wartości i standardów naraża je na niezrozumienie otaczającego je świata. Osoba histrioniczna zmuszona jest do każdorazowej oceny sytuacji, w której się znajduje, a także do stałej gotowości do dopasowywania się do zmieniających się okoliczności (Millon, 2011, s. 366). O jej zachowaniu w mniejszym stopniu decyduje własna tożsamość – rozproszona i niepewna – niż przekonania odnośnie do oczekiwań otoczenia. Osoby histrioniczne nie potrafią inicjować działań niezależnie od innych. Są one nadwrażliwe na zmiany standardów i oczekiwań, nieustannie czujne i skłonne do natychmiastowej adaptacji do sytuacji. Pozbawione silnych standardów wewnętrznych, które wyznaczałyby kierunek ich postępowaniu, oraz przekonania o swoich kompetencjach i samowystarczalności, a przy tym nieustannie narażone na lęk przed odrzuceniem, osoby z HZO nie potrafią samodzielnie kierować własnym życiem i czują się skazane na towarzyszenie innym.

12

Psychopatyczne/antyspołeczne zaburzenia osobowości

Beata Pastwa-Wojciechowska

12.1. Wprowadzenie

Psychopatia jest pojęciem funkcjonującym zarówno w terminologii medycznej, psychologicznej, jak i społecznej, wzbudzającym w każdym z tych obszarów wiele kontrowersji, które stają się źródłem wielu inspiracji naukowych i badawczych. Termin „psychopatia” w obecnym znaczeniu został rozpowszechniony przez angielskiego lekarza J.C. Pricharda, który, opisując przypadki określane przez niego jako *moral insanity* lub *moral imbecility*, zwrócił uwagę na patologiczny zanik uczuć moralnych u tych osób. Natomiast termin „psychopatia”, a konkretnie „psychopatyczna małowartość”, upowszechnił w nomenklaturze klinicznej niemiecki psychiatra J.L.A. Koch (Pastwa-Wojciechowska, 2004). Pomimo że w literaturze przedmiotu możemy spotkać wiele sposobów definiowania psychopatii, to cechą wspólną tych opisów jest stopień szkodliwości społecznej wynikający z takich cech osobowości i wzorców zachowań jak skłonność do agresji, przemocy, manipulacji, wyzyskiwania innych osób w celu zaspakajania własnych potrzeb, brak empatii i wyrzutów sumienia oraz realistycznej oceny własnej osoby (Hare, 1996, 2003, 2006; Pastwa-Wojciechowska, 2004; Groth, 2010). Współczesna eksploracja naukowa i kliniczna coraz częściej odnosi się do opisu osobowości i sposobu funkcjonowania osób nie naruszających norm prawnych (Pastwa-Wojciechowska, 2004; Babiak, 2007; Hare, 2006; Babiak, Hare, 2009; Groth, 2010). Wszelkie dyskusje, spory, a tym samym i kontrowersje wokół pojęcia psychopatii, czy to wynikające z kwestii terminologicznych, czy też dotyczące zagadnień opisu i diagnozy psychopatii przyczyniają się do poszukiwania odpowiedzi na fundamentalne pytanie o pojęcie normy i patologii.

12.2. Psychopatyczne/antyspołeczne zaburzenia osobowości – obraz kliniczny

12.2.1. Kryteria diagnostyczne według klasyfikacji psychiatrycznych

W klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV TR (2000) antyspołeczne zaburzenie osobowości (AZO) zostało przyporządkowane do wiązki B, która obejmuje narcystyczne, histrioniczne i typu *borderline* (graniczne) zaburzenia osobowości. Zaburzenia te odznaczające się dramatycznością, emocjonalnością i lekceważeniem konsekwencji. W tabeli 12.1 przedstawiono kryteria diagnostyczne antyspołecznych zaburzeń osobowości oraz osobowości dys socjalnej (OD) według klasyfikacji ICD-10 oraz DSM-IV TR.

Zasadniczą cechą, na którą należy zwrócić uwagę, to kwestie terminologiczne, niewątpliwie pokazujące odmiennosć koncentrowania się bądź to na aspektach zewnętrznych przejawów zachowania (DSM), bądź też próbach zwrócenia uwagi na bardziej wewnętrzne, podmiotowe cechy funkcjonowania. Analizując pojęcie AZO w klasyfikacji DSM, można zauważyć, że zgodnie z postulatami klinicystów w IV edycji nastąpiło zawężenie, uproszczenie i ograniczenie kryteriów diagnostycznych. Natomiast w propozycjach kryteriów diagnostycznych w DSM-V obserwujemy pogrupowanie kryteriów diagnostycznych według następujących kryteriów: pogorszenia funkcjonowania osobowości i patologicznych cech osobowości. Pogorszenie funkcjonowania osobowości ocenia się w zakresie pogorszenia funkcjonowania „ja” (tożsamości i samoukierunkowania) oraz funkcjonowania interpersonalnego (empatii i intymności). Natomiast patologiczne cechy osobowości przejawiają się w antagonizmie (skłonność do manipulacji, kłamliwość, bezdusznosć, wrogość) oraz rozhamowaniu (nieodpowiedzialność, impulsywność, skłonność do ryzyka). Zwraca się także uwagę, że pogorszenie funkcjonowania osobowości lub wybranych jej cech musi przejawiać się w postaci stabilnych w czasie i sytuacjach zachowaniach. Z kolei zawarte w klasyfikacji ICD-10 kryteria diagnostyczne dla osobowości dys socjalnej (F60.2) swoimi kryteriami diagnostycznymi obejmują osobowość (zaburzenia) anormalną, antysocjalną, socjalną, psychopatyczną i socjopatyczną. Jako cechę współwystępującą z opisanymi w kryteriach diagnostycznych wymienia się także nadmierną drażliwość oraz zwraca uwagę na możliwość występowania zaburzeń zachowania w dzieciństwie oraz w wieku młodzieńczym, podkreślając jednocześnie, że nie należy utożsamiać OD z zaburzeniami zachowania (F91.-) i osobowością chwiejną emocjonalnie (F60.3). Podobnie jak w przypadku AZO zwraca się uwagę na błąd w postaci utożsamiania tego

typu osobowości z zachowaniami antyspołecznymi, co nie pozwala na badanie faktycznych determinantów osobowości dys socjalnej (Jakubik, 2003; Groth, 2004, 2010; Pastwa-Wojciechowska, 2004).

Tabela 12.1. Kryteria diagnostyczne antyspołecznego zaburzenia osobowości według ICD-10 i DSM-IV TR

ICD-10	DSM-IV TR
Zaburzenie, które zwraca uwagę dużą niewspółmiernością między zachowaniem a obowiązującymi normami społecznymi, charakteryzuje się: 1) bezwzględny nieliczeniem się z uczuciami innych; 2) silną i utrwaloną postawą nieodpowiedzialności i lekceważeniem norm, reguł i zobowiązań społecznych; 3) niemożnością utrzymania trwałych związków z innymi, chociaż nie powoduje trudności w ich nawiązaniu; 4) bardzo niską tolerancją frustracji i niskim progiem wyzwalania agresji, w tym zachowań gwałtownych; 5) niezdolnością przeżywania poczucia winy i korzystania z doświadczeń a w szczególności z doświadczanych kar; 6) wyraźną skłonnością do obwiniania innych lub wysuwania pozornie możliwych do uznania racjonalnych zachowań, które są źródłem konfliktów z otoczeniem.	A. Uogólniony wzór lekceważenia i naruszania praw innych osób występujący od 15 roku życia, a wskazywany przez 3 (lub więcej) z następujących: 1) nieprzestrzeganie społecznych norm, w tym respektu dla zachowań zgodnych z prawem, wykazywane ponawianiem działań uzasadniających zatrzymanie (aresztowanie); 2) mataczenie w postaci ponawianego okłamywania, podawania się za kogoś innego, podpuszczania innych dla własnej korzyści lub przyjemności; 3) impulsywność lub brak powodzenia w planowaniu; 4) drażliwość i agresywność ujawniane przez ponawianie bójek lub napaści; 5) lekkomyślne lekceważenie bezpieczeństwa własnego i innych osób; 6) stała nieodpowiedzialność ujawniana powtarzającymi się niepowodzeniami przestrzegania ustalonych zachowań w pracy lub honorowania zobowiązań finansowych; 7) brak żalu okazywany w postaci obojętności lub racjonalizowania w sytuacji zranienia, złego traktowania lub okradania kogoś innego. B. Osoba ma co najmniej 18 lat. C. Nie istnieją przesłanki dowodzące zaburzenia zachowania z początkiem przed 15 rokiem życia. D. Zachowania antyspołeczne nie pojawiają się wyłącznie podczas przebiegu schizofrenii lub epizodu manii.

Źródło: Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (2000, s. 172), American Psychiatric Association (2000, s. 706).

12.2.2. Koncepcja psychopatii Roberta D. Hare’a

Wypracowana przez Roberta D. Hare’a (1991, 1996, 2003) koncepcja psychopatii wyszła naprzeciw oczekiwaniom zarówno klinicystów, jak i badaczy problemu w ten sposób, że oparta została na powszechnie uznawanych za kwintesencję osobowości psychopatycznej kryteriach diagnostycznych Cleckleya oraz na metodologii pomiaru, która pozwala dokonać obiektywizacji oceny występowania bądź niewystępowania danej cechy, jak również stopnia jej natężenia. Innymi słowy, metoda pozwoliła na opracowanie bardzo precyzyjnych kryteriów diagnostycznych na podstawie licznych badań w różnych warunkach kulturowych oraz w różnych grupach osób badanych. Zdaniem Hare’a (1980) psychopata jest osobą impulsywną, nieodpowiedzialną, hedonistyczną, „dwuwymiarową”, której brak zdolności doświadczania normalnych, emocjonalnych składników interpersonalnego zachowania, tj.: poczucia winy, wyrzutów sumienia, empatii oraz autentycznego uczuciowego nastawienia na dobro innych ludzi. Posiada umiejętność mimicznego wyrażania emocji i do symulowania uczuć, jednakże jego społeczne i seksualne związki z innymi pozostają powierzchowne i eksploatatywne. Sądy psychopaty są powierzchowne, a on sam wydaje się niezdolny do odraczenia zaspokojenia swych chwilowych potrzeb bez względu na konsekwencje, jakie wynikają z tego dla niego i innych. Operacyjne ujęcie psychopatii umożliwia pomiar dwu czynników, z których każdy jest opisywany przez 10 kryteriów. Czynnik 1 tworzy konstelacja cech psychopatii, które wielu klinicystów uważa za zasadnicze dla tego typu osobowości, tzn. czynniki dotyczące interpersonalnych i uczuciowych (emocjonalnych) stosunków psychopaty do otoczenia oraz werbalny styl funkcjonowania.

Tabela 12.2. Opis czynników psychopatii w ujęciu Roberta D. Hare’a

Czynnik 1	Czynnik 2
Łatwość wysławiania się/powierzchowny urok osobisty Przesadne poczucie własnej wartości Potrzeba stymulacji/podatność na nudę Patologiczna kłamliwość Skłonność do oszukiwania i manipulacji Brak wyrzutów sumienia i poczucia winy Płytkość uczuć Chłód emocjonalny, brak empatii Pasożytniczy styl życia Słaba kontrola zachowania	Przypadkowe zachowania seksualne (promiskuityzm) Wczesne problemy z zachowaniem Brak realistycznych, długoterminowych celów Impulsywność Nieodpowiedzialność Brak poczucia odpowiedzialności za własne czyny Liczne krótkotrwałe związki partnerskie Przestępczość w okresie niepełnoletności Uchylenie warunkowego zwolnienia Przestępcza wszechstronność

Źródło: Hare, 2003.

Czynnik ten pozytywnie koreluje z klinicznymi wyznacznikami psychopatii, w szczególności z narcystycznymi i histrionicznymi zaburzeniami osobowości oraz miarami makiawelizmu. Natomiast negatywnie koreluje z miarami empatii i lęku. Czynnik 2 opisuje zachowania wskazujące na impulsywność, brak stabilizacji i antyspołeczny styl życia. Zmienne zawarte w tym czynniku korelują z kryteriami diagnostycznymi antyspołecznych zaburzeń osobowości (Hare, 1991, 2003). Tabela 12.2 zawiera kryteria diagnostyczne psychopatii według koncepcji Roberta D. Hare (1991, 2003) zoperacjonizowanej za pomocą metody PCL-R (The Psychopathy Checklist – Revised).

Hare (1991, 2003) w swoich badaniach nad kryteriami diagnostycznymi, jak i strukturą psychopatii dążył do opracowania rzetelnego i trafnego konstruktu psychopatii. Wyszedł on z założenia, że nadmierna koncentracja na kryteriach behawioralnych skutkuje pominięciem czy ograniczonym wglądem w cechy osobowości, co jest niezgodne z tradycją kliniczną, która bazuje na uwzględnianiu zarówno cech osobowości, jak i specyficznych wzorców zachowania. Ponadto osoby spełniające kryteria psychopatii cechuje wielopoziomowe podobieństwo w zakresie przejawianych zachowań i stylu życia, cech afektywnych i funkcjonowania interpersonalnego w przeciwieństwie do kryteriów diagnostycznych antyspołecznego zaburzenia osobowości, które nie pozwalają na rozpoznanie psychopatii (Groth, 2010). Metoda ta wydaje się mieć także przewagę związaną z całościową oceną poprzez wykorzystanie do diagnozy zarówno obserwacji, metody wywiadu, jak i analizy dokumentacji.

12.2.3. Obraz kliniczny

Sfera poznawcza. Sferę poznawczą osób psychopatycznych cechują z jednej strony problemy związane z podejmowaniem i planowaniem, zwłaszcza realistycznych i długoterminowych działań, z drugiej zaś tworzeniem specyficznego obrazu świata. Umiejętności związane z planowaniem działań odpowiadają za ukierunkowanie i optymalizację działania celowego, przy czym wszelka celowa działalność podmiotu może stać się źródłem powstania potrzeb informacyjnych, które z kolei pozostają w ścisłym związku z innymi rodzajami potrzeb, warunkujących realizację współzależnych celów. Niezaspokojenie potrzeb (standardów regulacji) człowieka prowadzi w konsekwencji do zakłócenia funkcjonowania osobowości, zahamowania jej rozwoju, a nawet dezintegracji (Jakubik, 2003). W przypadku psychopatycznych zaburzeń osobowości okazuje się, że zarówno ukierunkowanie, jak i zdolność celowego działania mogą mieć zaburzony przebieg (Pastwa-Wojciechowska, 2004, 2008a). Ponadto, uwagę zwraca fakt, iż psychopaci

wykazują znacznie gorszą umiejętność przewidywania niż ta, której można by oczekiwać na podstawie ich zdolności intelektualnych. Psychopaci bardzo często podejmują decyzje pod wpływem impulsu, nie zważając na konsekwencje swoich zachowań, a pojęcia dobra i zła mają dla nich abstrakcyjny charakter, pozbawiony jakiegokolwiek znaczenia. Zamiast rozwiązywać problemy, osoby te wolą się mścić, za tak naprawdę spowodowane przez siebie krzywdy, przy czym pojęcie krzywdy ma dla nich bardzo szeroki zakres (Millon i in., 2005). Zdaniem Shapiro (1965/1999) styl poznawczy psychopatów można opisać jako dewiacyjny, egocentryczny oraz impulsywny. Innymi słowy, ze względu na tendencję do opierania się na krótkim horyzoncie czasowym, a tym samym problemach bieżącej chwili u osób tych występuje słaba kontrola zachowania oraz samolubne, agresywne zachowanie. Cechą znamionną dla tego typu osobowości jest chłód emocjonalny równoznaczny z brakiem doświadczania takich emocji, jak współczucie czy poczucie winy. Nie potrafią oni zrozumieć cierpienia innych, stąd ich łatwość w drastycznym znęcaniu się psychicznym i fizycznym. Niektórzy z nich potrafią maskować brak skrupułów i empatii, umiejętnie stosując pożądaną komunikację słowną. Ponadto wykazują brak zdolności do tolerowania frustracji, przy równoczesnym bardzo nikłym poczuciu lęku, przez co kara i lęk nie działają jako czynniki hamujące zachowanie (Hare, 2003; Pastwa-Wojciechowska, 2004; Millon i in., 2005).

Sfera emocjonalna. Cechą znamionną dla tego typu osobowości są problemy z monitorowaniem własnych stanów emocjonalnych, co przejawia się impulsywnością, drażliwością i agresywnością. Jak już zaznaczono, prezentowany przez nich chłód emocjonalny równoznaczny jest z brakiem doświadczania takich emocji, jak współczucie czy poczucie winy, stąd ich predyspozycje do stosowaniu przemocy psychicznej i fizycznej. Klinicyści, opisując sferę emocjonalną (afektywną) osób psychopatycznych, zwracają uwagę na „płytkość emocji”, „chłód emocjonalny” oraz „słabą kontrolę zachowania”, które w praktyce klinicznej są interpretowane jako stany emocjonalne związane z zaspokajaniem podstawowych uczuć, jak przyjemność i przykreść. Takie podejście pozwala również na użycie określenia „labilne”, gdyż zachowanie osoby funkcjonującej na podstawie tych dwu kryteriów emocji będzie skrajnie biegunowe. Innymi słowy, zaburzenia dynamiki emocji w postaci niestałości (labilności) emocjonalnej polegają na szybkich, nieoczekiwanych, skrajnych i niezwiązanych z sytuacją zmianach reakcji emocjonalnych, z którymi mamy do czynienia u osób psychopatycznych. Dlatego też uważa się, że omawiając zagadnienie emocji u psychopatów, należy ująć je w dwu aspektach: doświadczania emocji oraz ich kontroli. Odwołując się do pojęcia doświadczania emocji, zwraca się uwagę na rolę pojęcia empatii. Psychopaci nie są osobami empatycznymi, wręcz przeciw-

nie koncentrują się na własnych doznaniach i potrzebach, co w znacznym stopniu ogranicza ich możliwości wczuwania się w stany emocjonalne innych osób. Co prawda, psychopaci potrafią rozpoznać emocje i potrzeby innych, nie mniej jednak nie potrafią wyobrazić sobie, co czuje druga osoba. Z opisów takich badaczy, jak H. Cleckley (1976) czy R.D. Hare (1991) wynika, że psychopaci dla osiągnięcia konkretnych korzyści potrafią markować przeżywanie uczuć prospołecznych, niemniej jednak w poszukiwaniu intensywnej i różnorodnej stymulacji nie potrafią dostrzec wielu subtelnych bodźców społecznych, zwłaszcza tych, które oddają uczucia ludzkie.

Sfera behawioralna. Najbardziej charakterystyczną cechą opisującą funkcjonowanie na poziomie behawioralnym osób psychopatycznych wydaje się nieprzestrzeganie norm prawnych, społecznych czy moralnych oraz wynikające z tego faktu konsekwencje. Innymi słowy, zachowanie osób psychopatycznych cechuje z jednej strony negatywny stosunek do norm prawnych (APA, 2000), z drugiej zaś mamy do czynienia z konsekwencjami dla psychopaty, jak i innych osób wynikającymi z tego faktu pod postacią lekomyślności, zaniedbania czy zupełnej obojętności na wyrządzania krzywdy innym. Mogą zaniedbywać opiekę nad dzieckiem, narażając je tym samym na niebezpieczeństwo, co może się przejawiać w niedożywianiu dziecka, braku dbałości o nie w czasie choroby czy też jego higienę, a także w zależności dziecka od krewnych lub sąsiadów niemieszkających wraz z nim czy też w niezdolności do zadbania o opiekuna dla dziecka w okresach własnej nieobecności w domu. Za sygnały nieodpowiedzialności przyjmuje się także okresy bezrobocia, porzucanie miejsc pracy bez rzeczywistych powodów czy częste nieobecności w pracy. W aktywności tych osób dominuje rywalizacja, jako reguła relacji z otoczeniem, cel to przetrwanie, nikomu nie można ufać, a zatem moralność to iluzja, dobroć jest słabością, a zaufanie naiwnością. Zazwyczaj posługują się kłamstwem i manipulacją dla przyjemności albo dla osobistego zysku, przy czym motywacja takich zachowań może być różna, zarówno wynikać z potrzeby władzy, jak i motywów seksualnych (Millon i in., 2005). Psychopaci uważają, że normy są po to, aby je właśnie łamać. Niejednokrotnie spierają się z własnym, wewnętrznym systemem wartości, co wynika z faktu, iż psychopaci walczą pomiędzy poczuciem własnej autonomii wyrażającej się m.in. w sprzeciwie wobec istniejącego porządku a chęcią oddziaływania na innych. Konsekwencje takiego działania mogą być negatywne w postaci naruszania norm prawnych, ale także, na co zwracają uwagę niektórzy autorzy, pozytywne (Dąbrowski, 1985; Oldham, Morris, 1997; Pastwa-Wojciechowska, 2004; Groth, 2010). Psychopaci jako nieustraszeni poszukiwacze przygód przesuwali granice doświadczenia ludzkiego, przemierzając oceany, bijąc rekordy czy ukazując nowe horyzonty bądź możliwości rozwoju społeczeństw. Przeży-

wanie ryzyka i dokonywanie odkryć są dla nich nagrodami, gdyż uwielbiają wyzwania, wierzą, że człowiek potrafi dawać sobie radę sam, mają dar perswazji i wcale nie chcą wieść spokojnego życia (Oldham, Morris, 1997).

12.2.4. Typy osobowości psychopatycznej

Millon (Millon i in., 2005, s. 146–150) wyróżnił pięć typów osobowości antyspołecznej, które stanowią kombinację konstruktów wywiedzionych bezpośrednio z teorii ewolucyjnej. Jednocześnie Millon zwraca uwagę, że z jednej strony, możliwe jest wyróżnienie większej liczby typów szczegółowych, z drugiej zaś nie wszystkie jednostki antyspołeczne dają się zakwalifikować do którejś z podanych niżej kategorii.

- Zachłanna (odmiana czystego wzorca). Czuje się celowo odrzucona i pozbawiona możliwości zaspokojenia własnych potrzeb, jest drapieżna, zawistna, nienasycona w swoich pragnieniach, zazdrosna, domagająca się rewanżu, łapczywa, znajduje większą przyjemność w braniu niż dawaniu.

- Broniąca własnej reputacji (z cechami osobowości narcystycznej). Potrzebuje potwierdzenia w oczach innych ludzi swojej doskonałości, niezależności, zwycięskiej pozycji, nieugiętości, robi na innych wrażenie groźnej i nietykalnej, bezkompromisowa w sytuacji zagrożenia własnej pozycji, nadmiernie reaguje na sygnały zagrożenia.

- Ryzykująca (z cechami osobowości histrionicznej). Nieustraszona, lubiąca ryzyko, uparta, śmiała, zuchwała, odważna, nieostrożna, lekkomyślna, impulsywna, lekceważąca przeszkody, wdaje się w niebezpieczne przedsięwzięcia.

- Nomadyczna (z cechami osobowości schizoidalnej i unikającej). Jednostka uważa się za pechowca, źle potraktowanego przez los, przekłętą, odrzuconego; tuła się na marginesie życia społecznego; wieczny wagabunda, tramp, impulsywnie złośliwa.

- Wroga (z cechami osobowości sadystycznej i paranoicznej). Zaczepna, zjadliwa, zawzięta, dokuczliwa, szkodząca innym, brutalna, pełna urazy, spodziewa się zdrady i ukarania, pragnie zemsty, okrutna i niewrażliwa, pozbawiona strachu, nie ma wyrzutów sumienia.

12.2.5. Opis przypadku

Pan Ł. ma 42 lata i aktualnie został oskarżony o oszustwa finansowe na rzecz firmy, w której sprawował kierowniczą rolę. Na badania psychologiczne został skierowany postanowieniem organu procesowego w celu określenia jego osobowości. Podawał, że „cała ta sytuacja nie jest jego winą, gdyż jest uzależniony od hazardu, a to jest choroba, którą trzeba le-

czyć, a nie zamykać w więzieniu”. Opowiadając o sobie, prezentuje postawę osoby skrzywdzonej, a jednocześnie stara się oczarować rozmówcę swoją osobą, sprawia wrażenie osoby grzecznej, ciepłej w kontakcie i zadowolonej, że wreszcie znalazł się „ktoś kompetentny”, kto obiektywnie zrozumie jego sytuację. Na pytania w jego ocenie zagrażające reaguje rozdrażnieniem lub stara się je zignorować.

Pan Ł. jest jedynakiem, pochodzi z rodziny inteligentnej, jego rodzice rozwiedli się, gdy miał 9 lat. Po rozwodzie rodziców został z matką oraz babcią, z ojcem miał sporadyczne kontakty, co wynikało z niechęci matki do jego ojca i ograniczaniu tych kontaktów, jak i samego ojca, który założył nową rodzinę i nie miał ochoty na kłótnie z byłą żoną. W dużej mierze jego opieka nad synem sprowadzała się do zaspakajania oczekiwań finansowych byłej żony względem syna. Matka i babcia bardzo dbały o jego wykształcenie, starały się zaspakajać każdą jego zachciankę zarówno dotyczącą zainteresowań naukowych, jak i innych jego potrzeb, np. modnych ubrań czy pieniędzy. Zawsze potrafił przedstawić taką argumentację, że otrzymywał to, co chciał. Pamięta, że jak chciał zostać chemikiem, to dostał cały zestaw niezbędnych odczynników, a następnie mama kupowała mu je, nie pytając, po co one są mu potrzebne. Jak sam twierdzi, mama bardziej dbała o wizerunek jego, jako osoby zdolnej, o szerokich horyzontach, niż interesowała się jego osobą. W ocenie badanego świadczy o tym fakt, iż nie pytała np.: po co mu kolejny odczynnik czy jakie prace aktualnie przeprowadza, tylko skupiała się na opowiadaniu otoczeniu, że jest on osobą „ponadprzeciętną”. Wiedząc, że takie są oczekiwania matki wobec niego, starał się je spełniać, a gdy coś mu nie wychodziło, przekonywał ją, że to inni się na niego uwzięli. Jako główny motyw podawał wtedy zazdrość ze strony otoczenia w stosunku do jego zdolności, dobrego wychowania, którym obdarzyła go „mamusia razem z babunią”, no i jego urody. Podkreślał przy tym zawsze rolę mamy i babci w skromności, jaką jest obdarzony, co skutkowało natychmiastową interwencją matki u „źródła zazdrości”. Pamięta sytuację, gdy w szkole sfałszował ocenę – trójkę przerobił na piątkę. Nauczycielka zauważyła tę zamianę i wstawiła mu dwójkę, wezwała matkę do szkoły i zawiadomiła dyrektora. Jak to sam określił, „stosując swoją metodę”, spowodował, że nauczycielka została posądzona o złośliwe działanie w stosunku do niego, a on sam nie dość, że dostał „przerobioną” piątkę, to tamte oceny, tj. trójkę i dwójkę mu wymazano. Odniósł także dodatkowy sukces bowiem nauczycielka musiała go przeprosić. Natomiast bardzo nie lubił i nie lubi sytuacji, gdy coś nie odbywało się zgodnie z jego planem. Wtedy stawał się rozdrażniony, niecierpliwy, złośliwy w stosunku do otoczenia, a gdy wiedział, że może sobie na to pozwolić – nawet agresywny. Z perspektywy czasu widzi, że to

wina tamtych osób, bo gdyby reagowały, to on by nie miał dzisiaj problemów. W zasadzie od tej chwili poczuł, że każdym i każdą sytuacją można manipulować jak się chce.

Słonność do manipulacji przejawiał także w kontaktach z kobietami. Jak twierdzi, miał liczne związki, czasami dwa na raz. Nigdy nie potrafił być dłużej z jedną kobietą, głównie interesowały go doznania seksualne, a gdy się znudził, to porzucał dziewczynę bez żadnych skrpułów. Uważa, że nie powinny mieć do niego pretensji, bo to było oczywiste, że jemu zależy tylko na seksie, a jak one myślały coś innego, to już ich problem. Kobiety przecież lubią dbać o mężczyzn i spełniać ich zachcianki, ale do końca nie można im ufać, bo pewnie chcą wykorzystać biednego mężczyznę. On nie jest taki naiwny i pilnuje się w tym względzie. W pracy też kobiety „leciały” na niego, ale też i na jego stanowisko. On jednak „z grzeczności spotykał się z nimi”, ale jak się zorientował, że „chcą więcej”, to się z nimi rozstawał.

W pracy, w jego ocenie wywiązywał się z nałożonych na niego obowiązków, a przedstawianie go przez przełożonych w niekorzystnym świetle jest nieprawdą – „muszą teraz znaleźć kozła ofiarnego”. Uważa, że przypisywanie mu niepunktualności, nierzetelności w pełnionych obowiązkach, konfliktowanie zespołu, a przede wszystkim stwierdzone nieprawidłowości finansowe są nieprawdą. „Teraz mają okazję, żeby się na mnie zemścić, a ja tyle dobrego dla nich zrobiłem”. Uważa, że to przełożeni powinni się znaleźć na jego miejscu, a on powinien dalej kierować firmą z sukcesem. Skonfrontowany z faktami nie przejmuje się tym bardzo i dalej stara się budować nakreślony przez siebie obraz idealnego i niezastąpionego pracownika oraz interesującego mężczyzny.

12.3. Kryteria stosowane w diagnozie różnicowej

Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (2000) rozpowszechnienie APD w populacji wynosi od 1–3%. Odnosząc się do kryterium płci, przyjmuje się, że APD występuje u 3% mężczyzn i 1% kobiet. Warto jednak pamiętać, iż w większości dane te dotyczą osób naruszających normy prawne, natomiast rzeczywista liczba osób z tą diagnozą jest niedoszacowana. Nie ma natomiast danych dotyczących udziału w tej liczbie osób o psychopatycznej osobowości. Danymi takimi dysponujemy jedynie w odniesieniu do osób naruszających normy prawne. Procentowy udział psychopatów wśród osób naruszających normy prawne szacuje się od 15% (Babiak, Hare, 2009) do 25% (Meloy, 1995/1996; Bartol, Bartol, 2005). R.J. Meloy (1995/1996) przytacza dane, z których wynika, że wśród osób naruszających

normy prawne 75% stanowią osoby z rozpoznaniem AZO, przy czym 25% spośród nich stanowią psychopaci. APD, jak i psychopatia są często diagnozowane u osób uzależnionych od alkoholu, posiadających parafilne, zaburzenia seksualne, takie jak pedofilia, kazirodztwo czy sadyzm. Z kolei badania nad psychopatią (Hare, 2003; Pastwa-Wojciechowska, 2004, 2011a; Hare, Newman, 2006; Groth, 2010) pokazały, że antyspołeczność jako cecha pomaga odróżnić psychopatię od innych zaburzeń dzielących z nią swe symptomy: histronicznego zaburzenia osobowości, schizoidalnego zaburzenia osobowości czy ADHD. Natomiast Grabski i Gierowski (2012) podkreślają, że obecnie występujące kryteria diagnostyczne zaburzeń osobowości wykazują absurdalnie wysoki wskaźnik współwystępowania zaburzeń, co oznacza, że większość pacjentów spełnia kryteria więcej niż jednego zaburzenia. Bez względu na toczące się dyskusje zrozumienie istoty współwystępowania, jak i diagnozy różnicowej chorób jest niezwykle ważne dla skutecznego leczenia, terapii i właściwej profilaktyki.

Psychopatyczne a antyspołeczne zaburzenia osobowości. Dokonując porównania pomiędzy psychopatią a antyspołecznymi zaburzeniami osobowości, zwraca się uwagę na dwie kwestie – naruszanie norm prawnych, które w przypadku psychopatii nie musi występować oraz na kwestie etiologii powstawania tego zaburzenia. Zdaniem Hare’a (Hare, Newman, 2006) pełna diagnoza psychopatii musi uwzględniać antyspołeczność jako cechę pomagającą odróżnić psychopatię od innych zaburzeń osobowości, ale też jej występowanie nie jest warunkiem koniecznym, na co wskazują badania kliniczne populacji nieprzestępczych (Babiak, Hare, 2009; Groth, 2010; Pastwa-Wojciechowska, 2011a). Odwołując się z kolei do czynników etiologii psychopatii i AZO podkreśla się, że w przypadku psychopatii nacisk jest bardziej kładziony na uwarunkowania biologiczne, podczas gdy w przypadku antyspołecznych zaburzeń osobowości akcentuje się niewłaściwe warunki socjalizacyjne związane z wadliwą opieką rodzicielską (Millon i in., 2005). Millon i in. (2005) proponują, aby psychopatię i AZO ujmować na jednym kontinuum, gdyż rozwój obu tych zaburzeń polega na interakcji pomiędzy jednostką a jej społecznym otoczeniem.

Psychopatyczne a narcystyczne zaburzenia osobowości. Takie cechy osobowości narcystycznej jak nadmierne poczucie własnego znaczenia, przekonanie o własnej wyjątkowości, wykorzystywanie innych do własnych celów czy brak empatii są również charakterystyczne dla osobowości psychopatycznej. Wyolbrzymione poczucie własnej wartości u osób narcystycznych jest silnie związane z nieustannym poszukiwaniem potwierdzenia własnej wielkości w otoczeniu. O ile osoby narcystyczne przejawiają w tej kwestii perfekcjonizm w dążeniu do zdobycia uwagi i szacunku otoczenia, o tyle osoby psychopatyczne cechuje wygórowane mniemanie o własnych

zdolnościach i znaczeniu. Niektórzy badacze nawet uważają, że narcyzm jest podstawą osobowości psychopatycznej (Pospiszyl, 1985; Hare, 2003, 2006). W relacjach interpersonalnych osoby narcystyczne przejawiają tendencję do manipulowania i wykorzystywania innych dla zaspokojenia własnych potrzeb, traktując ich jako źródło funkcji odzwierciedlających i idealizujących. Osoby te uważają, że wszystko im się należy, np. awans, sława itp., niemniej jednak często wykazują się pracowitością i ambicją (Smelkowska-Zdziabek, 2004). Natomiast psychopaci traktują innych w sposób eksploatacyjny mający na celu zaspokojenie ich własnych potrzeb, wykorzystując w tym celu bogaty wachlarz prezentowania siebie jako osoby sympatycznej, bezradnej, zasługującej na pomoc ze strony otoczenia lub sięgającej po groźby i przymus, gdy oceniają, że strategia taka jest najbardziej skuteczna w osiągnięciu zamierzonych celów.

Psychopatyczne a pograniczne zaburzenia osobowości (*borderline*). Zdaniem Millona i współpracowników (2005) w diagnostycznym rozróżnieniu osobowości psychopatycznej i *borderline* istotne znaczenie odgrywają kwestie związane z płcią. Przyjęto założenie, że osobowość psychopatyczna jest zbyt rzadko rozpoznawana u kobiet ze względu na kryteria związane z agresją i przemocą. Przeprowadzone przez Zlotnik, Rothschild i Zimmerman (2002; za: Millon i in., 2005) badania wykazały, że u mężczyzn ze zdiagnozowaną osobowością *borderline* częściej niż u kobiet występuje długotrwałe nadużywanie substancji psychoaktywnych, zachowania antyspołeczne oraz zaburzenia o typie sporadycznych wybuchów agresji. Warto jednak zauważyć, że badania nad występowaniem agresji i przemocy u kobiet z rozpoznaniem psychopatii dowodzą, iż występują inne jej rodzaje niż w przypadku mężczyzn (Pastwa-Wojciechowska, 2008b). Natomiast niewątpliwie problemem diagnostycznym jest występowanie nadużywania substancji psychoaktywnych, z tym, że o ile w przypadku psychopatów mamy do czynienia z poszukiwaniem dodatkowej stymulacji, o tyle w przypadku osób z *borderline* występuje tendencja do obniżenia napięcia. Wyniki badań psychiatrycznych i psychologicznych osób uzależnionych oraz osób podejmujących próby samobójcze dają liczne dowody na to, że dla obu tych grup charakterystyczne są określone cechy i typy nieprawidłowo ukształtowanej osobowości – najczęściej osobowość psychopatycznej i *borderline* (Hnebat i in., 2002).

Psychopatia a osobowość sadystyczna (*sadyzm*). Na wstępie należy zaznaczyć, iż z punktu widzenia diagnozy klinicznej sadyzm może być rozumiany w dwojaki sposób, jako określenie typu osobowości bądź wzorców zachowań seksualnych (Millon i in., 2005). W przypadku obu zaburzeń osobowości, jak również wzorców zachowań seksualnych centralnymi przejawami są agresja, przemoc oraz skłonność do zadawania cierpień innej oso-

bie. Warto jednak zdać sobie sprawę z faktu, iż w przypadku psychopatii mamy do czynienia z eksploracją wynikającą z poszukiwania wrażeń czy podatności na nudę, podczas gdy osoby sadystyczne czerpią przyjemność z faktu zadawania cierpienia innym. Co prawda, badania w tym obszarze są nieliczne, niemniej jednak wydają się wskazywać na podobieństwo cech diagnostycznych psychopatii z osobami dokonującymi seryjnych zabójstw na tle seksualnym (Cooke, 2001; Porter i in., 2003; Pastwa-Wojciechowska, 2004; Groth, 2010).

Osobowość psychopatyczna a uzależnienie od alkoholu. Bardzo często w literaturze przedmiotu wymienia się współwystępowanie psychopatycznych/antyspołecznych zaburzeń osobowości i uzależnienia od alkoholu (Millon i in., 2005), podkreślając między innymi trudności w określeniu czasowym, co było pierwotne, a co wtórne. Określenie powiązań czasowych między obu zaburzeniami utrudniają następujące czynniki (Bukstein i in., 1989; Meyer, 1989; Millon i in., 2005): 1) oba zaburzenia zazwyczaj zaczynają się wcześniej, stąd konieczność zbierania u osób dorosłych relacji retrospektywnych; 2) objawy obu zaburzeń w sposób istotny nakładają się; 3) nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych to jedno z kryteriów rozpoznania AZO; 4) intoksykacja prowadzi do rozhamowania behawioralnego, stąd obniżenie progu dla wystąpienia zachowań antyspołecznych (Hesselbrock i in., 1984). Współwystępowanie osobowości antyspołecznej ma znaczenie dla prognozowania i leczenia alkoholizmu. U pacjentów z AZO stwierdza się wcześniejszy początek nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz bardziej gwałtowny i poważniejszy przebieg choroby (Hesselbrock i in., 1984, 1985, 1986; Penick i in., 1984). Podkreśla się, że w przypadku omawianych osób alkohol jest stymulatorem. Specyficzną jednostką diagnostyczną jest zespół anormalnej reakcji na alkohol Hoffa (Hajdukiewicz, Bogdanowicz, 1997).

Osobowość psychopatyczna a zaburzenia kontroli impulsów. Osobowość psychopatyczna jest też rozpatrywana w kontekście diagnozy różnicowej z zaburzeniami kontroli impulsów, które w klasyfikacji DSM ujmowane są jako zaburzenia kontroli impulsów niesklasyfikowane w innym miejscu. Przede wszystkim należy zaznaczyć, że obejmują one takie zaburzenia, jak: kleptomania, piromania, patologiczny hazard czy trichotillomania. W kryteriach diagnostycznych zwraca się uwagę, iż występowanie epizodów utraty panowania nad impulsami agresywnymi, które są nieproporcjonalne w stosunku do jakichkolwiek wyzwalających stresorów psychospołecznych, a ich wystąpienie skutkowało poważnymi działaniami napastliwymi lub zniszczeniem własności. Pomimo jasno sprecyzowanych kryteriów diagnostycznych, często w zaburzeniach związanych z kontrolą zachowania bardziej diagnostyczne wydają się skutki takich zachowań,

przez co zaburzenia te są kategoryzowane jako przejaw osobowości antyspołecznej, skupiając się na aspekcie naruszania normy prawnej (Pastwa-Wojciechowska, 2011b).

12.4. Etiologia psychopatycznych/antyspołecznych zaburzeń osobowości

12.4.1. Koncepcje biologiczne

Biologiczne koncepcje psychopatii należą z pewnością do najstarszych założeń wyjaśniających genezę i rozwój tego zaburzenia, odwołując się przy tym do cech konstytucjonalnych, teorii temperamentu czy uwarunkowań genetycznych i neurologicznych. W nauce coraz częściej podnosi się to, że pomimo znajomości determinant biologicznych wielu postaci zachowania się człowieka, większość form tegoż zachowania nie da się wytłumaczyć jedynie określonymi przyczynami natury biologicznej. Dlatego też, próbując wyjaśnić etiologię bądź patomechanizm nieprawidłowych zachowań, zdaniem niektórych autorów (Christiansen, 1977; Mednick i in., 1987; Heitzman, 2002; Raine, 2002) poprawniej jest mówić o „hipotezach biologicznych”, a nie „biologicznych przyczynach”. Często nie ma bowiem możliwości precyzyjnego określenia czy analizowany splot czynników biologicznych jest przyczyną danej formy nieprawidłowego zachowania.

Teorie genetyczne. Współczesne teorie genetyczne koncentrują się na genach, a nie na chromosomach, jak w początkowych teoriach. Ponadto upatrują związku między zaburzeniami w obrębie genu a zaburzeniami w wydzielaniu substancji chemicznych w mózgu. Jednocześnie opierają się także na ascendentalnej lub descendentalnej metodzie genealogicznej, która polega na badaniu przodków lub następców. W poszukiwaniu dowodów na dziedziczność psychopatii jednocześnie zauważono, że badania te w dużej mierze koncentrowały się na poszukiwaniu genetycznych uwarunkowań ale przestępczości (Christiansen, 1977). Z kolei badania nad poszukiwaniem genów związanych z zaburzeniami osobowości należącymi do wiązki B według DSM-IV (w tym zaburzeń osobowości antyspołecznych) prowadzone są na podstawie hipotezy zakładającej, iż zaburzenia układu serotoninergicznego są związane z wyzwalaniem zachowań impulsywno-agresywnych. Zachowania antyspołeczne powiązane są z funkcjonalnym polimorfizmem typu VNTR w genie kodującym monoaminooksydazę A (MAOA). Innymi słowy, u osób wykazujących zaburzenia z wiązki B znajdował się wariant tego genu z trzema powtórzeniami związany z niższą aktywnością tego

enzymu. Tę samą zależność zaobserwowano u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Innym wiązaniem z zachowaniami antyspołecznymi genem systemu serotonergicznego jest 5-HIT, gdzie polimorfizm tego genu (5-HITLPR) powiązany został z antyspołecznymi zaburzeniami osobowości. Z kolei pojedyncze badania wiążą polimorfizm systemu dopaminergicznego z zachowaniami antyspołecznymi lub osobowością antyspołeczną i dotyczą genów DAT1 i DRD2 (Oniszczenko, Dragan, 2008).

Badania bliźniąt i rodzinne. Przeglądając się wyników wcześniejszych badań nad bliźniętami, można zauważyć, że porównywano w nich zgodność występowania określonej właściwości czy zachowania (np. przestępczości czy uzależnienia od alkoholu) u bliźniąt mono- (MZ) i dizygotycznych (DZ). Po przeanalizowaniu zachowań przestępczych można przedstawić następujące wnioski (Mednick i in., 1987; Raine i in., 1997; Raine, 2002; Pastwa-Wojciechowska, 2004): 1) przestępczość jest spowodowana zaburzeniami osobowości (psychopatią), 2) występuje większa zgodność zachowań przestępczych u bliźniąt MZ i DZ (zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet), którzy popełnili przestępstwo jako nieletni, 3) obserwujemy większą zgodność zachowań przestępczych u dorosłych bliźniąt niż u nieletnich, 4) u bliźniąt MZ występuje większa zgodność zachowań antyspołecznych i agresywnych niż u bliźniąt DZ, 5) zgodność karalności jest wyższa wśród bliźniąt, z których jedno zostało uznane za przestępcę zawodowego, 6) ze względu na ograniczenia metodologiczne należy stosować badania indywidualne (*case study*). Współczesne badania nad bliźniętami i rodziną odnoszą się do:

- analiza zachowań antyspołecznych w kontekście szacowania wielkości wpływu czynników genetycznych i środowiskowych na tle zachowania; z analizy badań różnych autorów (Oniszczenko, Dragan, 2008; Pastwa-Wojciechowska i in., 2010) wynika, że czynniki genetyczne wyjaśniają 41-82% wariancji badanych zachowań, wspólne środowisko - 16-20%, a specyficzne - 43% zmienności;

- badania nad zależnością pomiędzy zachowaniem matek wobec dzieci a wystąpieniem dziecięcych zachowań antyspołecznych; okazało się, że dzieci (ten z bliźniaków), które doświadczały więcej reakcji negatywnych ze strony matki, przejawiały więcej zachowań antyspołecznych w porównaniu z rodzeństwem (drugim bliźniakiem), (Oniszczenko, Dragan, 2008);

- różnice płciowe pokazują, że rozwój osobowości antyspołecznej u mężczyzn powiązany był ze słabszą opieką i większą restrykcyjnością w zachowaniu ze strony matki; natomiast u kobiet rozwój osobowości antyspołecznej związany był ze słabszą opieką ze strony ojca oraz nasilonym odmawianiem psychologicznej niezależności ze strony matki (Oniszczenko, Dragan, 2008).

Teorie neurologiczne. W ostatnich latach przywiązuje się coraz większe znaczenie do korelatów neurologicznych i zaburzeń autonomicznego układu nerwowego u psychopatów. Najczęściej w literaturze przedmiotu poszukuje się zależności między nagłymi wybuchami agresji, nieliczeniem się ze skutkami własnego postępowania, brakiem samokrytycyzmu i wyrzutów sumienia, brakiem poczucia lęku i niewspółmierną reakcją na alkohol a neurologicznym czy też neuropatycznym podłożem psychopatii (Pastwa-Wojciechowska, 2004; Blair i in., 2005). W literaturze przedmiotu napotyka się cztery zasadnicze propozycje systematyzacji omawianych zaburzeń osobowości w powiązaniu z uszkodzeniem mózgu (Pastwa-Wojciechowska, Jodzio, 2000).

1. Kryterium lokalizacji uszkodzeń mózgu – warto na wstępie podkreślić, iż kryterium to jest najobszerniej opisane w literaturze przedmiotu (Herzyk, 2000; Blair i in., 2005; Oniszczenko, Dragan, 2008). Współczesna wiedza pozwala na coraz precyzyjniejsze określenie, w jaki sposób zachowania człowieka zależą od lokalizacji w mózgu, jego struktury i funkcjonowania. Niewątpliwie największa liczba badań koncentruje się na takich okolicach mózgu i jego strukturach, jak: płaty czołowe i przedczołowe, skroniowe, ciało migdałowe, asymetria i integracja mózgu (Grabowska, 1997; Moir, Jessel, 1998a, b; Herzyk, 2000, 2005; Blair i in., 2005). Szczególne znaczenie przypisuje się zmianom w obrębie płatów czołowych i/lub skroniowych, przy czym klasyczne już badania, a odwołujące się do koncepcji asymetrii funkcjonalnej półkul mózgowych wykazały u osób z tendencjami antyspołecznymi występowanie głębszych dysfunkcji wymienionych okolic po stronie lewej (Raine, 1993; Herzyk, 2005). Warto w tym miejscu podkreślić, że według poglądów o mózgowej lateralizacji emocji zakłada się, że istnieją różnice między półkulami w różnych aspektach tych procesów: wskaźników fizjologicznych (procesy wzbudzania), sposobu reagowania na bodźce i sytuacje emocjonalne, komunikacji informacji emocjonalnych w wymiarze społecznym. Powszechnie przyjmuje się, że lezje płatów czołowych doprowadzają często do rozhamowania zachowania, skutkując bardzo często naruszaniem ogólnie przyjętych norm społecznego. Zaburzenia te, popularnie określane mianem zespołu czołowego, przybierają szczególnie głęboką postać po uszkodzeniu podstawnej powierzchni czołowej, zwanej też orbitalną lub nadoczodołową (Herzyk, 1996, 2000, 2005). W nomenklaturze psychiatrycznej zespół czołowy traktowany jest jako jeden z wariantów zespołu charakteropatycznego (pseudopsychopatycznego). Spośród objawów opisujących ten zespół wymienia się m.in.: niedbałość o stan swojego zdrowia, zanik taktu i przyzwoitości, skłonność do rozpasania płciowego, agresję, po-

budzenie psychoruchowe, a także nastrój euforyczny, łatwo przechodzący w rozdrażnienie (Bilikiewicz, Smoczyński, 1989). A. Wolska (2001) na podstawie analizy literatury przedmiotu zwraca uwagę na zaburzenia podstawy okolicy czołowej, znoszące lub zmieniające przepływ impulsów między korą czołową a układem limbicznym. Inni autorzy zakładają, że występowania cech osobowości antyspołecznej należy spodziewać się przy uszkodzeniu nie tylko podstawnej, lecz również bocznej (zewnętrznej) powierzchni płatów czołowych (Pastwa-Wojciechowska, Jodzio, 2000; Herzyk, 2005). Interesująca jest także koncepcja, w myśl której centralne miejsce w rozwoju psychopatii przypisuje się zaburzeniom funkcji wykonawczych, od lat uznawanych za typowy objaw uszkodzenia płatów czołowych (Jodzio, 2008; Pastwa-Wojciechowska, 2008). Istota tych zaburzeń w psychopatii sprowadza się do problemów z wygaszaniem niepożądanych, nasuwających się spontanicznie reakcji przy zachowanej zdolności myślenia problemowego oraz prawidłowej dynamice przebiegu procesów psychicznych. Ponadto głębokość i zakres możliwych zaburzeń funkcjonowania poznawczego u osób z osobowością psychopatyczną ulega zwiększeniu w przypadkach uzależnienia od środków psychoaktywnych (Pastwa-Wojciechowska, Jodzio, 2000, Blair i in., 2005; Oniszczenko, Dragan, 2008). Zaburzenia skroniowe pozostają w ścisłym związku z naruszeniem struktur limbicznych, a zwłaszcza ciała migdałowatego, położonych wewnątrz obszarów skroniowych (Pastwa-Wojciechowska, Jodzio, 2000; Herzyk, 2000, 2005). Z tych względów niektórzy proponują nazwę „zespół skroniowo-limbiczny” (Bilikiewicz, Smoczyński, 1989). W badaniach eksperymentalnych stwierdzono, że elektryczna stymulacja brzuszno-bocznego jądra ciała migdałowatego, podobnie jak stymulacja przyśrodkowej części podwzgórza, wywołuje i wzmacnia wybuchy gniewu i reakcje wściekłości, podczas gdy drażnienie grzbietowo-przyśrodkowego obszaru ciała migdałowatego blokuje ośrodki wściekłości. Podkreśla się także, że osoby z dysfunkcjami skroniowymi mózgu częściej popełniają przestępstwa na tle seksualnym, wliczając w to kazirodstwo i pedofilię, w gronie zaś osób z uszkodzeniem płatów czołowych większy odsetek stanowią sprawcy napadów (Raine i in., 1997; Raine, 2002). Kolejna duża grupa danych wskazuje na uszkodzenia jąder podkorowych mózgu, szczególnie akcentując rolę uszkodzenia wzgórze, podwzgórza oraz jąder ogoniastych (Herzyk, 1996; Pastwa-Wojciechowska, Jodzio, 2000).

2. Kryterium przyczyn (etiologii) uszkodzenia mózgu. W ramach tej grupy badań podejmowane są próby określenia specyfiki tych zaburzeń przy uszkodzeniach mózgu spowodowanych np. urazem, udarem, procesem zwyrodnieniowym, zatruciem (neurointoksykacja) czy guzem (Pastwa-Wojciechowska, Jodzio, 2000).

3. Kryterium nozologiczno-opisowe. Zgodnie z tym kryterium zaburzenia zachowania traktuje się jako jeden z symptomów określonego zespołu, choroby czy jednostki diagnostycznej. W literaturze odnajdujemy zatem prace dotyczące antyspołecznych zaburzeń zachowania w otępieniu, padaczce, chorobach psychicznych, przebiegu schorzeń geriatrycznych (Pastwa-Wojciechowska, Jodzio, 2000; Herzyk, 2005) i innych.

4. Wyniki badań psychofizjologicznych, z których wynika, że psychopaci różnią się od osób niewykazujących tego typu zaburzeń osobowości szeregiem istotnych wskaźników psychofizjologicznych, takimi jak odmienny zapis EEG, przy czym odmienność ta polega głównie na znacznym obniżeniu się aktywności fal mózgowych (Pastwa-Wojciechowska, Jodzio, 2000).

12.4.2. Koncepcje psychodynamiczne

W paradygmacie psychodynamicznym przyjmuje się, że psychopatia jest funkcją słabego *ego* i słabego rozwoju *superego*, przy czym psychopatia nie była i nie jest traktowana jako pojęcie wywodzące się z tego kierunku (Draughon, 1977). *Ego* jako strefa wewnętrznej organizacji człowieka powoduje, że utożsamia się on z nią jako podmiot własnych działań, natomiast *superego* kształtuje się poprzez internalizację norm i zasad moralnych. Zgodnie z założeniami tego nurtu przyjmuje się, że osobowość kształtuje się przez pierwsze 5–6 lat życia, ze stosunkowo niewielkimi zmianami po tym okresie. Z poglądem tym nie zgadza się wymieniony wyżej M. Draughon (1977), który twierdzi, że *ego* i *superego* rozwijają się dłużej, jak również zakłada, że *ego* odzwierciedla wiele funkcji *superego* odpowiedzialnych za regulację emocji, odracanie gratyfikacji, czy też adekwatne ocenianie zdarzeń. Według Draughona rozwój słabego *ego* w przypadku psychopatów wiąże się z infantylnością emocjonalną, co przejawia się w egocentryczności pod postacią braku empatii, impulsywności, niskiej tolerancji na frustracje oraz niskiej samooceny. Symptomy psychopatii zostały w tym paradygmacie utożsamione ze słabym rozwojem *superego* (przestępcza działalność, lekceważenie innych) i mechanizmami obronnymi (powodują tworzenie określonych postaw). Na zaburzenia związane z *superego* zwraca uwagę także O. Kernberg (Jakubik, 2003; Kernberg, 2001; Izdebska, Pastwa-Wojciechowska, [w druku]), definiując osobowość antyspołeczną jako najostrzejszą postać patologicznego narcyzmu. Kernberg definiuje strukturę osobowości antyspołecznej jako pozbawioną działającego zintegrowanego *superego* przy patologicznym przeroście zagrożonego i agresywnego *self*. Kohut (1982) opowiada się za przeorganizowaniem tradycyjnego freudowskiego ujęcia

struktury osobowości (*id, ego, superego*) i proponuje, aby dysfunkcje osobowości ujmować jako zahamowanie rozwoju uszkodzonej struktury „ja”. Struktura „ja” składa się z „ja” i wewnętrznych reprezentacji ważnych dla „ja” i „innych”. Opierając się na koncepcji Kohuta, J.D. Noshpitz (1984) przyjął, że agresja jest rezultatem braku dziecięcej potrzeby bezpieczeństwa, co w efekcie wpływa na uszkodzenie struktury „ja”. Autor zakładał, że w ujęciu psychopatologicznym bezwzględny psychopata charakteryzuje się potrzebą eksploatacji i zastraszania innych, co czyni poprzez agresję i przemoc, usiłując podtrzymać poczucie „ja”, poczucie kontroli, sprawstwa oraz indywidualności. Niewątpliwie jednak teorie psychodynamiczne mają największy wkład w rozwój psychoterapii psychopatycznych zaburzeń osobowości (Salekin, 2002), pomimo że doniesienia co do skuteczności tych metod są bardzo zróżnicowane: od tych, które mówią o tym, iż psychoanaliza nie skutkuje zmianami w zachowaniu psychopatów (Pospiszył, 1985; Salekin, 2002), do tych doniesień, w których ze stosowaniem podejścia psychoanalitycznego do psychopatów przypisuje się zwiększenie zdolności odczuwania winy i leku oraz obniżenie poziomu agresji, a także poprawę relacji interpersonalnych, planowania swoich działań, podjęcie stałej pracy (Noshpitz, 1984; Pospiszył, 1985; Salekin, 2002).

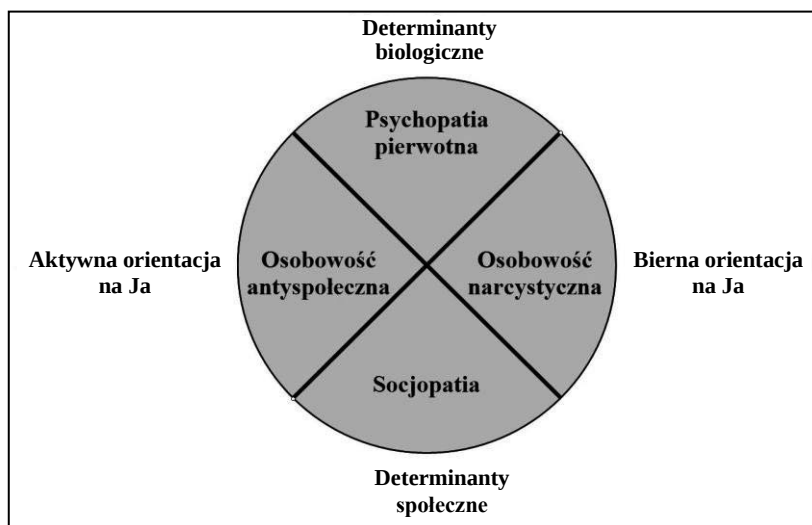
12.4.3. Koncepcje poznawczo-behawioralne

Teorie poznawcze zaburzeń osobowości zwracają uwagę na wewnętrzne reprezentacje własnej osoby oraz innych ludzi, koncentrując się na ich przekonaniach, oczekiwaniach, atrybucjach czy ocenach (Beck i in., 2005). Osobowość można uznać za stosunkowo stabilną i zorganizowaną strukturę, złożoną z systemów i stylów schematów, gdzie systemy splecionych ze sobą struktur (schematów) odpowiadają za łańcuch procesów od ich recepcji po reakcję behawioralną. Poznanie schematów poznawczych ma przede wszystkim na celu poprawę zachowań społecznych i moralnych poprzez zwiększenie samokontroli, krytycznego myślenia o sobie samym oraz poprawę umiejętności przyjęcia perspektywy społecznej, panowanie nad gniewem czy uświadomienie przeżyć ofiar. Dlatego też w podejściu tym dąży się do analizy dysfunkcyjnych przekonań, które mają służyć własnym celom psychopatów. Przekonania kluczowe psychopatów na własny temat koncentrują się na ich przekonaniu o potrzebie dbania o własne interesy, gdyż wrogі świat i ludzie czyhają na nich. Bycie agresorem jest w ich ocenie bezpieczniejsze niż stanie się ofiarą i dlatego też czują się usprawiedliwieni w stosowaniu przemocy wobec innych osób. Typowe przekonania kluczowe to: „ muszę troszczyć się o własne interesy”, „muszę być agresorem, po-

nieważ w przeciwnym razie stanę się ofiarą". Natomiast w odniesieniu do innych ludzi uważają, że osoby te nie są tak odważne jak oni, a ponadto można czy wręcz należy je wykorzystywać, gdyż na to zasługują. Przekonania kluczowe w tym obszarze funkcjonowania to: „inni ludzie to mięczaki” lub „inni wykorzystują, więc i ja mam prawo ich wykorzystywać”. Przekonania warunkowe w AZO, które powstają na bazie przekonań kluczowych, to: „jeśli nie będę ustawiać (manipulować, wykorzystywać czy atakować) innych, to nigdy nie zdobędę tego, na co zasługuję”. Z kolei przekonania instrumentalne mają postać nakazów: „pokonaj przeciwnika, zanim zrobi to on”, „teraz kolej na ciebie”, „bierz, bo ci się należy”. Gdy zadziała czynnik wyzwalający, u osób psychopatycznych pojawiają się myśli automatyczne i reakcje, które są podyktowane przekonaniem tych osób o konieczności dbania o własne interesy. W myślach automatycznych psychopatów pojawiają się wspólne motywy dotyczące praktycznych strategii dbania o własne interesy, gdzie zasady i normy, którymi się kierują, znacząco i zauważalnie odbiegają od norm społecznych a celem ich życia jest ograniczenie lub uniknięcie kontroli ze strony otoczenia. Innymi słowy, przekonania te uwypuklają występującą u psychopatów istotność natychmiastowych korzyści osobistych, które przesłaniają im konsekwencje własnych działań. Dlatego też osoby psychopatyczne lekceważą konsekwencje wypływające z własnych czynów, gdyż ani ich nie rozumieją, ani nie martwią się o nie. Natomiast strategię stosowaną przez osoby psychopatyczne dzieli się na dwie grupy, w zależności od nasilenia cech psychopatycznych. Zatem osoby z silnie nasiloną psychopatią mają skłonność do agresji i bezpośredniego ataku, nie mają też skrupułów przed dokonaniem kradzieży czy oszustwa. Z kolei osoby o mniejszym nasileniu psychopatii – oszust – stara się przede wszystkim omotać innych i wykorzystać ich bądź oszukać za pomocą chytrych, delikatnych manipulacji. Warto także zaakcentować znaczenie dla funkcjonowania psychopatów zniekształceń poznawczych, które mogą skutkować zachowaniami dezadaptacyjnymi, koncentrującymi się na konieczności dbania o własne potrzeby (Beck i in., 2005).

12.4.4. Bio-psycho-społeczna koncepcja Theodore’a Millona

Millon (Millon i in., 2005) wyszedł naprzeciw oczekiwaniom współczesnej nauki zmierzającym do całościowego ujęcia czynników wyjaśniających etiologię danego zaburzenia. W myśl jego koncepcji zarówno osoby antyspołeczne, jak i narcystyczne można traktować jako typy niezależne, które polegają wyłącznie na sobie w poszukiwaniu satysfakcji życiowej. Innymi słowy, zdaniem Millona oba typy osobowości można lokować na jednym kontynuum.



Rys. 12.1. Psychopatia, socjopatia oraz antyspołeczne i narcystyczne zaburzenia osobowości.
Źródło: Millon i in., 2005, s. 173.

Tabela 12.3. Obszary funkcjonalne i strukturalne antyspołecznego zaburzenia osobowości według T. Millona (Millon i in., 2005, s. 172)

Obszary funkcjonalne	Obszary strukturalne
Czynności ekspresyjne: impulsywna	Obraz „ja”: autonomiczne
Funkcjonowanie interpersonalne: nieodpowiedzialność	Obiekty: zdeprecjonowane
Styl poznawczy: dewiacyjny	Organizacja: niezapewniająca kontroli
Mechanizm regulacyjny: <i>acting-out</i>	Nastroj: brak wrażliwości

Oba typy osobowości, gdy mieszczą się w granicach normy, zorientowane są na zaspakajaniu własnych potrzeb i pragnień, natomiast po przekroczeniu owych granic stawiają siebie na pierwszym miejscu oraz dążą do zaspokojenia własnych potrzeb i oczekiwań kosztem innych lub ich krzywdząc. Pomimo podobieństw oczywiście wykazują także różnice dotyczące zarówno sposobu funkcjonowania, jak i uwzględnienia czynnika rozwojowego. Na rysunku 12.1 zgodnie z modelem Millona (Millon i in., 2005) ukazano AZO i narcystyczne zaburzenia osobowości jako umiejscowione na krańcach kontinuum, a także przedstawiono związek tych dwóch zaburzeń z psychopatią i socjopatią. Z kolei w tabeli 12.3 zamieszczono obszary funkcjonalne i strukturalne charakterystyczne dla AZO.

13

Unikające zaburzenie osobowości

Anna Kwiecień

13.1. Norma i patologia unikania

Na początku niniejszego rozdziału należy wskazać na różnicę pomiędzy normalną a patologiczną tendencją do unikania. Unikanie może być wyrazem zdrowej postawy, jeśli służy zwiększeniu poczucia bezpieczeństwa. Może również wynikać z racjonalnej potrzeby bycia samemu ze sobą. Ten typ osób często czerpie satysfakcję z bycia niezależnym od innych i traktuje samotność jako świadomy i celowy wybór. Bycie sobą jest dla nich równoznaczne z byciem „wolnym”. Unikanie może również stanowić zdrowy mechanizm radzenia sobie z zewnętrznymi, stresującymi sytuacjami wówczas, gdy pełni funkcję dystansującą wobec stresora. Umiarkowane i zdrowe unikanie chroni również przed własnymi impulsami sadystycznymi oraz seksualnymi, których rozładowanie mogłoby stanowić źródło poczucia winy (Kantor, 2010).

W wypadku zaburzeń osobowości unikającej unikanie przybiera inną postać i pełni odmienne funkcje. Przede wszystkim ma w tym wypadku sztywny, dezadaptacyjny charakter. Chroni przed nieadekwatnie antycypowanym poniżeniem i odrzuceniem ze strony innych ludzi. Ze względu na sztywność i niedostosowanie do doświadczanych sytuacji, unikanie prowadzi w tym wypadku do dezorganizacji w funkcjonowaniu.

13.2. Opis zaburzenia osobowości unikającej

W niniejszym rozdziale przedstawione zostaną medyczne klasyfikacje zaburzenia osobowości unikającej oraz opis funkcjonowania osób unikających. Na koniec zaprezentowany zostanie opis przypadku, który umożliwi lepsze zrozumienie dynamiki funkcjonowania osób z tym zaburzeniem osobowości.

13.2.1. Zaburzenie osobowości unikającej w modelach medycznych

Pojęcie zaburzeń osobowości unikającej pojawiło się po raz pierwszy w klasyfikacji DSM-III. Jego podstaw teoretycznych należy upatrywać w klasyfikacji zaburzeń osobowości Millona, który jako pierwszy wyodrębnił i opisał cechy typowe dla osób unikających. Podstawowe kryteria diagnostyczne zaprezentowane w DSM-III obejmowały: nadmierną wrażliwość na krytykę i odrzucenie, brak bliskich przyjaciół, silny lęk przed wchodzeniem w relacje w sytuacji braku zapewnienia o bezkrytycznej akceptacji, unikanie kontaktów społecznych i pracy zawodowej, z powodu konieczności przebywania z innymi ludźmi, lęk przed okazaniem własnych obaw związanych z kontaktami społecznymi, skłonność do wyolbrzymiania antycypowanych trudności związanych z codzienną aktywnością oraz brak pewności siebie. Ze względu na ograniczenie opisu zaburzenia osobowości unikającej do sfery kontaktów interpersonalnych, z pominięciem pozostałych obszarów życia, opis ten został poddany krytyce i poszerzony o nowe kryteria w klasyfikacji DSM-IV. Rozbudowany opis zaburzeń osobowości unikającej umożliwił dokonywanie bardziej rzetelnej diagnozy różnicowej w odniesieniu do zaburzeń lękowych z Osi I (Rettew, 2000). Poniżej przedstawiono opis zaburzenia osobowości unikającej według kryteriów DSM-IV oraz ICD-10.

Diagnozowanie ZOU możliwe jest jedynie wówczas, gdy opisane wyżej zachowania są sztywne i dezadaptacyjne, powodują dezorganizację funkcjonowania jednostki i są źródłem subiektywnego poczucia nieszczęścia. Zgodnie z klasyfikacją DSM-V pacjenci cierpiący z powodu zaburzenia osobowości unikającej mają negatywny obraz siebie. Czują się nieadekwatni i z tego powodu przejawiają zahamowanie w relacjach interpersonalnych. Zaniepokojenie, jakiego doznają w sytuacjach społecznych, wynika z poczucia gorszości i nieatrakcyjności w porównaniu z innymi. Osoby z ZOU są płochliwe zarówno w sytuacjach społecznych, jak i zawodowych, obawiają się bowiem upokorzenia i krytyki ze strony innych osób. Z powodu lęku przed dezaprobatą i odrzuceniem niechętnie ujawniają osobiste informacje. Doświadczają silnego leku przed intymnością, w tym również intymnością o charakterze seksualnym. Osoby z ZOU przejawiają skłonność do obwiniania się i przypisywania sobie odpowiedzialności za wszystkie złe rzeczy, jakie spotykają ich w codziennym życiu. Ekspresja emocjonalna jest u nich silnie zahamowana zarówno w obszarze emocji pozytywnych, jak i negatywnych.

Cechy typowe dla osób z ZOU: 1) negatywna emocjonalność: niepokój; 2) negatywna emocjonalność: lęk przed odrzuceniem; 3) negatywna emocjo-

nalność: pesymizm; 4) negatywna emocjonalność: niska samoocena; 5) negatywna emocjonalność: poczucie winy/wstydu; 6) introwersja: unikanie intymności; 7) introwersja: społeczne wycofanie; 8) introwersja: emocjonalne zahamowanie; 9) introwersja: anhedonia; 10) introwersja: oderwanie od życia społecznego (*social detachment*); 11) kompulsywność: niechęć do podejmowania ryzyka.

Tabela 13.1. Osobowość unikająca w modelach medycznych DSM-IV i ICD-10

Klasyfikacja DSM-IV	Klasyfikacja ICD-10
Zaburzenia osobowości unikającej obejmują pogłębiający się wzorec społecznego zahamowania, poczucie braku adekwatności oraz nadwrażliwość na negatywną ocenę; pojawiają się w okresie wczesnej dorosłości i są obecne z w różnych kontekstach życiowych. Wskaźnikiem opisywanym zaburzeń jest wystąpienie co najmniej czterech z opisanych poniżej cech: 1) unikanie podejmowania aktywności zawodowej, która wymaga nawiązania znaczących kontaktów interpersonalnych, z powodu obawy przed krytycyzmem, dezaprobatą i odrzuceniem; 2) niechęć do angażowania się w relacje z innymi ludźmi, dopóki osoba nie jest pewna sympatii ze strony innych ludzi; unikanie kontaktów aż do momentu zapewnienia o akceptacji i przychylności ze strony innych; poddawanie otoczenia surowym testom sprawdzającym; 3) utrzymywanie rezerwy i dystansu w relacjach intymnych z powodu obawy przed ośmieszeniem i zawstydzeniem; trudności w opowiadaniu innym o sobie; zachowana zdolność do nawiązania relacji intymnej przy zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa; 4) nadmierna koncentracja na oznakach krytyki i odrzucenia w sytuacjach społecznym; osoby z zaburzeniami osobowości unikającej są skłonne do wyolbrzymiania nawet delikatniej ironii i krytyki; odbierają je w sposób bardzo osobisty – czują się upokorzone i odrzucone; z tego powodu wolą „pozostawać w tle” i nie przyciągać uwagi innych osób; 5) zahamowanie w nowych sytuacjach interpersonalnych, powodowane poczuciem nieadekwatności; 6) postrzeganie siebie jako osoby nieatrakcyjnej i nieadekwatnej społecznie; poczucie bycia gorszym od innych; 7) silna niechęć do podejmowania ryzyka osobistego i angażowania się w nowe działania; unikanie tego typu sytuacji, często poprzez objawy somatyczne.	Osobowość unikająca – zaburzenie charakteryzujące się: 1) uporczywym i wszechobecnym poczuciem napięcia i lęku; 2) niepewnością i poczuciem bycia gorszym od innych 3) bezustanną tęsknotą za byciem lubianym i akceptowanym; 4) nadwrażliwością na odrzucenie i krytykę; 5) odmową wchodzenia w relację bez otrzymania zapewnienia o bezkrytycznej akceptacji; 6) skłonnością do wyolbrzymiania potencjalnego ryzyka i niebezpieczeństwa w codziennych sytuacjach, prowadzącą do unikania pewnych aktywności; 7) ograniczonym stylem życia, wynikającym z potrzeby bezpieczeństwa i pewności.

Podsumowując, wśród typowych cech ZOU najczęściej obserwowane to: unikanie społecznego kontaktu, pomimo doświadczanego pragnienia relacji z drugim człowiekiem; odczuwanie dyskomfortu w sytuacjach społecznych; niskie poczucie własnej wartości; lęk przed porażką, odrzuceniem, krytyką oraz doświadczaniem silnych emocji (Dowson, Grounds, 2004).

13.2.2. Typy osób z zaburzeniem osobowości unikającej oraz funkcjonowanie osób z ZOU

Martin Kantor (2003) wyróżnia cztery typy osobowości unikającej, dokonując opisu funkcjonowania oraz sposobu manifestacji społecznego lęku przez osoby unikające, reprezentujące poszczególne typy. Poniżej przedstawiono charakterystykę wspomnianych typów osobowości unikającej.

TYP I: nieśmiały (*shy avoidants*) / ze skłonnością do fobii społecznej (*social phobics avoidants*). Osoby zaliczane do Typu I posługują się mechanizmem wycofania, aby poradzić sobie z lękiem społecznym. Osoby reprezentujące Typ nieśmiały doświadczają poważnych trudności w nawiązywaniu bliskich relacji, mogą być skrajnie odizolowane od otoczenia. Z kolei osoby zaliczane do Typu ze skłonnością do fobii społecznej posługują się mechanizmem wycofania głównie na poziomie symbolicznym.

TYP II: mieszany („*mingles*” *avoidants*). Osoby zaliczane do tego typu sprawiają wrażenie zdolnych do nawiązywania bliskich relacji z innymi ludźmi. W przeciwieństwie do osób Typu I są zdolne i chętne do inicjowania kontaktów z innymi, w towarzystwie innych osób czują się komfortowo. Nawiązywanie nowych znajomości przychodzi im z łatwością, jednak utrzymywanie istniejących relacji sprawia im duże trudności. W typie mieszanym wyróżnia się pięć podtypów.

Typ lękowy (*anxious type*) – osoby zaliczane do tego typu doświadczają trudności w podtrzymywaniu relacji interpersonalnych z powodu obaw przed krytycyzmem, upokorzeniem i odrzuceniem ze strony innych. Charakterystyczny jest dla nich brak akceptacji dla faktu, iż odrzucenie jest elementem życia każdego człowieka.

Typ ambiwalentny (*ambivalent type*) – osoby zaliczane do tego typu z jednej strony posądzają innych o to, że są zbyt odlegli i mało przyjaźni, błagają ich o przyjaźń i uczucie („proszę nie odchodzić, nie mogę bez ciebie żyć”), z drugiej zaś potępiają ich za nadmierne zbliżanie się, osaczanie i zajmowanie ich osobistej przestrzeni.

Typ masochistyczny (*masochistic type*) – osoby zaliczane do tej grupy potwierdzają założenie Freuda, iż u podłoża każdego lęku kryje się pragnienie. Choć manifestują lęk przed odrzuceniem, w rzeczywistości potajemnie go

pragną, ponieważ znacznie bardziej obawiają się akceptacji ze strony innych oraz wszelkich jej konsekwencji. Z tego powodu, angażują się w relacje, które muszą skończyć się porażką. Często wiążą się z osobami unikającymi, które doświadczają podobnych trudności w kontaktach interpersonalnych. Niepowodzenia w relacjach z innymi zapewniają sobie również poprzez poszukiwanie osób niedostępnych dla siebie (np. osób, których sympatii nie są w stanie zyskać; osób zaangażowanych w inny związek, itp.).

Typ dysocjacyjny (*dissociative type*) – osoby zaliczane do tego typu w obliczu zagrożenia, jakim jest dla nich akceptacja ze strony innych, wpadają w trans lub dokonują zmiany osobowości (*multiply personality*) – tłumią pewne części własnej osobowości lub „pożyczają” elementy osobowości innych osób poprzez identyfikację z nimi.

Typ hipomaniakalny (*hypomaniac type*) – osoby zaliczane do tego typu nie są zdolne do ustakowania się, przejawiają nadmierną aktywność. Gorączkowo poszukują możliwości socjalizacji, przeskakując z jednej niezadowolającej relacji w kolejną, niesatysfakcjonującą relację. Powtarzają ten wzorzec mimo jego oczywistego bezsensu. W obliczu odrzucenia podejmują próby odzyskania poczucia bycia kochanym. Angażują się w relacje z przypadkowymi osobami, aby poradzić sobie z poczuciem pustki i rozpaczą.

TYP III: typ niezdolny do utrzymywania długotrwałych relacji („*seven year itch*” *avoidant*). Osoby zaliczane do tego typu są zdolne do nawiązywania satysfakcjonujących relacji z innymi, choć nie posiadają umiejętności podtrzymywania tych relacji. Nie obawiają się odrzucenia, lecz pogłębiania związków z innymi. Długotrwałe relacje wywołują w nich lęk przed utratą własnej tożsamości oraz poczucie bycia kontrolowanym. Doświadczanie intensywnej bliskości w związku z partnerem jest dla nich niemożliwe do zniesienia. Z tego powodu, w nieoczekiwanym dla partnera momencie zrywają swoje związki, tłumacząc się narastającą potrzebą znalezienia osoby, która lepiej zrozumie i zaspokoi ich potrzeby.

TYP IV: zależny/współzależny (*dependent/codependent type*). Osoby zaliczane do tego typu często pozostają w zbyt bliskiej relacji z rodzicami. Nie decydują się na założenie własnej rodziny, by nie zranić uczuć swoich rodziców. Są wśród nich również osoby żyjące w bliskiej, satysfakcjonującej, długotrwałej relacji z partnerem. Związek z jedną osobą stanowi dla nich formę ucieczki przed zbliżaniem się do innych ludzi (Kantor, 2003).

Podobnie jak w wypadku każdego zaburzenia osobowości również osoby o zaburzeniu osobowości unikającej przejawiają zespół typowych wzorców funkcjonowania na płaszczyźnie emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej. Poniżej zaprezentowano charakterystykę osób o tym typie zaburzenia osobowości.

Wygląd. Osoby unikające nie prezentują na ogół żadnego typowego wzorca pod względem cech fizycznych. Jeśli obecne są jakieś charakterystyczne cechy, to przyjmują one jedną z kilku podstawowych form radzenia sobie z lękiem społecznym. Osoby radzące sobie z lękiem przed krytycyzmem i odrzuceniem poprzez wycofanie i nieśmiałe zachowanie, często nie są zdolne do nawiązywania kontaktu wzrokowego z rozmówcą. Mogą także posługiwać się strategią odpychania innych, np. poprzez pozbawiony gust ubiór. Osoby z ZOU, które cierpią również z powodu zespołu stresu pourazowego, mogą wykazywać skłonność do noszenia ubrań z okresu, kiedy doświadczyli traumy. Z kolei, osoby unikające radzące sobie z lękiem przed odrzuceniem poprzez przyjęcie postawy hipomaniakalnej, wykazują tendencję do nadmiernego dbania o wygląd (przesadna dbałość o ubranie, krzykliwy makijaż) w nadziei, że dzięki temu zasłużą na miłość i akceptację ze strony innych.

Zachowanie. Nie wszystkie osoby unikające zachowują się nieśmiało i bojaźliwie. Niektóre przekształcają nieśmiałość w pozawerbalne formy ekspresji, np. objawy somatyczne lub niepokój (Typ I). Często ukrywają swój lęk pod postacią problemów natury seksualnej – impotencja u mężczyzn i dyspareunia u kobiet – jako sposób unikania bliskiego kontaktu z partnerem. Osoby unikające zaliczane do Typu II utrzymują dystans poprzez częściowe wycofanie. Odizolowują się od innych poprzez racjonalne dobieranie przyjaciół i partnerów lub wybieranie osób, które nie są łatwo osiągalne (np. wybieranie wyjątkowo przystojnych mężczyzn/kobiet na partnera). Osoby reprezentujące Typ III są zdolne do utrzymywania poprawnych relacji z innymi; osiągają dystans poprzez niespodziewane porzucanie partnerów wówczas, gdy bliskość z nimi staje się dla nich niemożliwa do zniesienia. Z kolei osoby przejawiające cechy charakterystyczne dla Typu IV angażują się w relację z jedną osobą po to, by odizolować się od reszty świata. Wszystkie typy osób z ZOU osiągają dystans również dzięki jawnej lub ukrytej (pasywno-agresywnej) wrogości.

Funkcjonowanie poznawcze. Myśli osób unikających są pełne poznawczych zniekształceń, prowadzących do wniosku, iż wchodzenia w relacje z innymi ludźmi jest potencjalnie niebezpieczne. Charakterystyczne dla osób unikających jest myślenie katastroficzne, przyczyniające się do bezustannego antycypowania odrzucenia ze strony innych i pojmowania go w kategoriach niemożliwego do zniesienia, tragicznego wydarzenia.

Afekt. Wiele osób unikających radzi sobie z lękiem przed odrzuceniem poprzez wypieranie wszelkich związanych z nim emocji. Niektórzy zaprzeczają możliwości bycia odrzuconym poprzez przyjmowanie hipomaniakalnej postawy. Inni z kolei odczuwają głębokie przygnębienie, powodowane antycypacją odrzucenia. Osoby unikające przejawiają często skłonność do doświadczania wrogości wobec innych. Millon (1981, za: Kantor, 2003) pod-

kreśla, iż typowe dla osób z ZOU są uczucia smutku, napięcia i złości. Z tego powodu podkreśla pasywno-agresywny charakter osobowości unikającej. Złość pełni w tym wypadku funkcję ochrony przed wchodzeniem w bliskie relacje. Może przybierać formę identyfikacji z agresorem, co prowadzi do przyjmowania krytycznej postawy wobec innych w celu uniknięcia doświadczenia krytyki ze strony innych osób (Benjamin, 1996, za: Kantor, 2003).

Wgląd. Osoby unikające z dobrym wglądem są świadome swojego lęku przed wchodzeniem w bliskie relacje. Na ogół poszukują pomocy, czytają książki, sięgają po pomoc psychoterapeutów, aby pokonać własne zahamowania i набrać zdolności do wyrażania własnych uczuć. Osoby z częściowym wglądem poszukują zmian w zakresie swoich trudności we wchodzeniu w bliskie relacje na różne sposoby. Niektórzy są skłonni do poszukiwania zmian poprzez odwiedzanie nowych pubów, klubów, operacje plastyczne, dbanie o ubiór, wygląd, korzystanie z portali randkowych, itp. Inni są świadomi swoich zahamowań i tendencji do unikania, jednak nie rozumieją przyczyn tego stanu. Niektóre osoby z ZOU są świadome własnych zahamowań, nie dostrzegają jednak konsekwencji takiego stylu życia; jego wpływu na własne zachowanie oraz reakcje innych ludzi. Wśród osób unikających są również takie, które uświadamiają sobie własne tendencje do unikania, ich przyczyny oraz konsekwencje, jednak ostatecznie uznają, iż nie są na tyle kompetentni, by sobie z nimi poradzić. Osoby unikające, pozbawione wglądu w siebie, przyjmują własne strategie unikowe jako nieodłączną część swojego życia i nie są świadome powodów, które przyczyniają się do doświadczanego poczucia dyskomfortu i niezadowolenia z życia. Niektórzy posługują się racjonalizacją i traktują własne tendencje do unikania jako świadomy wybór i styl życia (mieszkam sam; mogę jeść, co chcę i kiedy chcę; rzucać ubrania, gdzie mi się podoba; słuchać takiej muzyki, jaką lubię; tak głośno, jak lubię, itp.). Jeszcze inni postrzegają swoje wycofanie jako właściwy i odpowiedni styl funkcjonowania, typowy dla wielu ludzi (Kantor, 2003).

Kantor (2003) zauważa, iż zgodnie z koncepcją Berne'a (1964) osoby z ZOU w relacji z innymi ludźmi wykazują skłonność do angażowania się w grę transakcyjną o nazwie „czemu ty nie – tak, ale”. Wspomniana gra polega na proszeniu o specyficzne rady i sugestie, uznawaniu ich za niemożliwe do zaakceptowania, a następnie odrzucaniu jednej po drugiej. Taki sposób funkcjonowania chroni osoby unikające przed doświadczaniem intymności w relacjach interpersonalnych. Analiza tej gry może mieć terapeutyczne znaczenie zwłaszcza w wypadku tych osób unikających, które obwiniają innych za swoją samotność i izolację bez dostrzegania swojej aktywnej roli w grze – własnego odpychającego zachowania, które w rzeczywistości staje się przyczyną odrzucenia ze strony innych.

Według Kantora (2003) osobowość unikająca oznacza również coś więcej niż sam lęk przed krytycyzmem, odrzuceniem i upokorzeniem ze strony innych. Podkreśla znaczenie lęku przed samokrytycyzmem, pochodzącym z *superego* (*fear of self-criticism*), lęku przed utratą własnej dumy (*fear of loss of self-pride*), lęku przed obciążeniem nadmierną stymulacją (*fear of flooding due to overstimulation*) oraz lęku przed zależnością i byciem kontrolowanym w sytuacjach bliskości, intymności i zaangażowania.

13.2.3. Opis przypadku

Karol jest 26-letnim mężczyzną. Jest wysokim brunetem, zawsze schludnie ubrany i zadbany. Sprawia wrażenie skromnego i nieśmiałego. Angażuje się w rozmowę, lecz zawsze unika kontaktu wzrokowego z rozmówcą. Z wykształcenia jest architektem. Po ukończeniu studiów długo nie podejmował próby znalezienia pracy. Miesiąc temu rozpoczął pierwszą pracę w dużym biurze w Krakowie. Obecnie pracuje nad projektem. Matka Karola jest pielęgniarką, ojciec, z zawodu stomatolog, prowadzi prywatną praktykę. Rodzice mieszkają w niewielkiej miejscowości pod Krakowem.

Zgłosił się na terapię z powodu nasilenia lęku doświadczanego w kontakcie ze współpracownikami. Niepewność i zakłopotanie w relacjach z innymi ludźmi towarzyszyły mu od dzieciństwa. Karol wspomina, że z tego powodu unikał nawiązywania znajomości na studiach i większość czasu spędzał samotnie. Jednocześnie podkreśla, że tak źle jak teraz, nie było jeszcze nigdy. Bezustannie obawia się krytyki ze strony przełożonych oraz współpracowników. Nawet gdy chwalą jego postępy w pracy, odnosi wrażenie, że nie są z nim szczerzy. Nigdy nie uczestniczy w imprezach integracyjnych. Zazwyczaj zasłania się brakiem czasu i dużą ilością pracy. Boi się, że mógłby się zachować nieadekwatnie i zostać wyśmiany przez kolegów. Lęk przed negatywną oceną ze strony innych bardzo go paraliżuje. Zauważa również, iż towarzyszą mu dolegliwości somatyczne – częste bóle głowy i brzucha. Karol uważa się za gorszego od swoich kolegów. Mówi: „Nigdy nie byłem i nie będę tak przebojowy jak oni. O czym mógłbym z nimi rozmawiać? Przecież nie mam nic ciekawego do powiedzenia. Gdy zobaczą, jak jestem nudny, na pewno mnie wyśmieją. Nie chcę takiego upokorzenia. Wolę być sam, tak jest bezpieczniej”.

Karol wraca często do wspomnień z czasów studiów. Już wtedy lęk przed krytyką i odrzuceniem ze strony wykładowców oraz kolegów i koleżanek ograniczał go w codziennym funkcjonowaniu. Był pilnym studen-

tem, zawsze przygotowanym do zajęć. Dużo czytał i miał ogromną wiedzę na temat omawianych zagadnień. Mimo to nigdy nie zabierał głosu podczas dyskusji. Bał się, że powie coś nieadekwatnego i zostanie publicznie poniżony. Nie angażował się również w życie towarzyskie. Unikał spotkań po zajęciach, tłumacząc się brakiem czasu. Wieczory spędzał nad książkami, tęskniąc w ukryciu za kontaktem z rówieśnikami. Nigdy nie miał dziewczyny. Jego kontakty z kobietami ograniczały się do kilku spotkań, po których kontakt się urywał. Uważał, że nie ma szans na utrzymanie zainteresowania ze strony dziewczyny: „To się nie mogło udać. Przecież jestem beznadziejny. Te kilka dziewczyn, z którymi się spotykałem, były miłe z grzeczności. Gdyby mnie tylko lepiej poznały, na pewno nie chciałyby mieć ze mną nic wspólnego. Właśnie dlatego wolałem wycofać się jako pierwszy. Nie chciałem tego upokorzenia”. Wspomina, że czasem przed snem wyobraża sobie siebie jako szczęśliwego męża i ojca: „W domu czeka na mnie żona. Jest ciepła i wyrozumiała. Spędzamy popołudnia razem z dziećmi. Byłoby cudownie. Ale to nie mój świat. To nie jest życie dla mnie. Ja na to nie zasługuję”. Mówiąc to, płacze.

Swoje relacje z rodzicami ocenia jako neutralne. Odwiedza ich raz w miesiącu. Pytany o dzieciństwo, wspomina siebie jako nieśmiałego i wycofanego chłopca. Ojciec Karola jest osobą zasadniczą i surową. Zawsze stawiał synowi wysokie wymagania. Uważał, że powinien pójść na ambitne studia, a potem dostać dobrze płatną pracę. Jak mówi Karol: „Właściwie to on zmusił mnie do studiowania architektury. Nie było mi to na rękę, ale potem się przyzwyczaiłem”. Ojciec zmuszał go do nauki. Płacił za korepetycje, których Karol nie potrzebował. Zapisał go również na basen, judo i lekcje tenisa. Zadbął o to, żeby jego wolny czas wypełniały „zajęcia godne i przydatne w życiu”. Nie pozwalał mu zapraszać znajomych do domu, często również zabraniał spotkań z kolegami. Uważał, że w życiu są „rzeczy ważniejsze”. Matkę wspomina jako uległą i wycofaną. Wiedział, że go kocha i rozumie, ale nie mógł liczyć na jej wsparcie podczas kłótni z ojcem. Tłumaczyła mu, że ojca trzeba słuchać, bo jest głową rodziny.

Karol wspomina również wydarzenie z liceum, które, jak twierdzi, pozostawiło w nim ślad na zawsze. Został wybrany przez nauczycielkę do wygłoszenia referatu. Choć zrobił ciekawą prezentację i przygotował się najlepiej jak umiał, nie wytrzymał presji i wybiegł z sali w trakcie swojego wystąpienia. Koledzy wyśmiewali go przez kilka kolejnych tygodni. Czuł się koszmarnie upokorzony: „Byłem nikim. Każdy mógł ze mnie drwić. Wydawało mi się, że nie mogę tam już nigdy wrócić”. Obecnie Karol jest przekonany, że ludzie źle o nim myślą i czekają na okazję, żeby go poniżyć. Czuje się z tym fatalnie i chce zapanować nad swoim lękiem.

13.2.4. Problemy diagnostyczne i współzachorowalność – diagnoza różnicowa

Osobowość unikająca a osobowość schizoidalna i zależna. Osobowość unikająca, podobnie jak schizoidalna, charakteryzuje się społecznym wycofaniem. Osoby unikające wykazują silną nadwrażliwość na odrzucenie, podczas gdy u osób schizoidalnych obserwuje się obojętność wobec innych ludzi. Osoby z ZOU izolują się z powodu lęku społecznego, osoby zaś schizoidalne z powodu dystansu oraz obojętności wobec innych ludzi (Sutker, Adams, 2002). Osobowość unikająca różni się od osobowości schizoidalnej, w której pragnienie kontaktów z innymi nie jest wyraźnie odczuwalne, a umiejętności emocjonalne i poznawcze, konieczne do nawiązywania relacji z innymi, są znacznie ograniczone (Rettew, 2000). Należy podkreślić, iż osoby z ZOU pomimo przejawianej izolacji społecznej pragną bliskiej relacji i akceptacji ze strony innych osób, podczas gdy osoby ze schizoidalnym zaburzeniem osobowości preferują izolację, są obojętne na krytycyzm i odrzucenie ze strony innych (Beck i in., 2004).

Osoby unikające przypominają pod pewnymi względami osoby zależne. W obu wypadkach charakterystyczne jest doświadczanie siebie jako osoby nieadekwatnej i wybrakowanej. Różnice dotyczą postrzegania i oceniania innych ludzi. Osoby zależne postrzegają innych jako silnych, zdolnych do sprawowania opieki nad nimi. Z kolei osoby z ZOU są raczej skłonne postrzegać innych jako potencjalnie krytykujących i odrzucających. Z tego powodu osoby zależne usilnie poszukują bliskich relacji i czują się w nich komfortowo, podczas gdy osoby unikające obawiają się wchodzenia w bliskie relacje i czują się w nich narażone na zranienie (Beck i in., 2004). Osoby unikające i zależne przejawiają odmienne wzorce zachowań w okresach samotności. Po zakończeniu związku, osoby z ZOU potrzebują znacznie więcej czasu, by znaleźć kogoś, kto będzie stanowić zastępstwo dla poprzedniego partnera (Widiger i in., 1995, s. 116, za: Sutker, Adams, 2002).

Osobowość unikająca a fobia społeczna i agorafobia. Osoby cierpiące z powodu fobii społecznej doświadczają niepokoju w kilku specyficznych rodzajach sytuacji społecznych (np. publiczne wystąpienia, publiczne wypisywanie czeków, itp.), podczas gdy dla osób unikających charakterystyczne jest doświadczanie niepokoju we wszelkiego rodzaju sytuacjach społecznych (Beck, Freeman, 2004). Różnice dotyczą tu również ukierunkowania lęku oraz somatycznych objawów lęku (Rettew, 2000):

- lęk o charakterze somatycznym – osoby z fobią społeczną doświadczają napadów paniki wówczas, gdy znajdują się w sytuacji wywołującej u nich lęk; ten rodzaj symptomów jest rzadko obserwowany u osób z ZOU; typowe dla nich objawy są raczej związane z wycofaniem, unikaniem i zahamowaniem, widocznymi w sytuacjach powodujących doświadczanie lęku;

- ukierunkowanie lęku – osoby z fobią społeczną obawiają się zachowań, które mogą wywołać w nich uczucie zawstydzenia lub poniżenia, podczas gdy osoby z ZOU obawiają się odrzucenia i krytyki ze strony innych.

Osoba, która unika lub wycofuje się z większości sytuacji społecznych, jednak nie doświadcza ataków paniki, powinna być postrzegana i diagnozowana raczej w kategoriach zaburzenia osobowości, a nie fobii społecznej (Rettew, 2000). Podobnie osoby cierpiące z powodu napadów paniki oraz agorafobii również przejawiają społeczne unikanie oraz zachowania typowe dla osób unikających. Różne są jednak powody wspomnianego unikania. U osób cierpiących z powodu paniki lub/i agorafobii, przyczyną unikania jest głównie lęk przed pojawieniem się napadu paniki, emocji związanych z doświadczaniem paniki oraz lęk przed brakiem możliwości otrzymania pomocy w sytuacji osobistej, mentalnej lub fizycznej katastrofy (z powodu fizycznej odległości od bezpiecznego miejsca lub osób, które mogłyby udzielić pomocy w razie takiej potrzeby). Z kolei w wypadku osób z ZOU, unikanie powodowane jest doświadczaniem lęku przed krytyką i odrzuceniem w bliskiej relacji społecznej (Beck, Freeman, 2004).

13.3. Psychologiczne koncepcje wyjaśnienia genezy i patomechanizmu

13.3.1. Osobowość unikająca w koncepcji poznawczo-behawioralnej

Osobowość unikająca charakteryzuje się uporczywym wycofaniem, widocznym na poziomie zachowania, emocji i poznania. W ujęciu kognitywnym podkreśla się fakt, iż osoby z osobowością unikającą dokonują samodeprecjacji oraz wierzą, iż nie są zdolne tolerować nieprzyjemnych myśli i emocji. Uważają również, iż ujawnianie prawdziwego *self* oraz asertywna postawa doprowadzą do odrzucenia ze strony innych. Osoby z ZOU wyrażają pragnienie akceptacji i bliskości z innymi, jednak na ogół mają niewielu przyjaciół i w niewielkim stopniu są zdolne do dzielenia się z nimi bliskością i intymnością. Samotność, smutek oraz niepokój, doświadczane w relacji z innymi osobami, są podtrzymywane przez wszechobecny lęk przed odrzuceniem, który ogranicza ich zdolność do inicjowania oraz pogłębiania relacji interpersonalnych.

Spoleczne unikanie jest u tych osób widoczne i oczywiste. Mniej jednoznaczne jest ich poznawcze i emocjonalne unikanie, związane z unikaniem myślenia o rzeczach, które prowadzą do dysforycznych uczuć (Beck,

Freeman, 2004). Typowa osoba unikająca myśli o sobie: „jestem społecznie niekompetentny i nieodpowiedni”, „inni ludzi są lepsi ode mnie, dlatego mnie odrzuca lub będą o mnie krytycznie myśleć, kiedy mnie poznają”.

Beck (Beck, Freeman, 2004) prezentuje przykład pacjentki z osobowością unikającą, ukazując relację pomiędzy jej wczesnodziecięcymi doświadczeniami a wyłonieniem się negatywnych przekonań i strategii radzenia sobie, a także wpływem tych przekonań i behawioralnych wzorców zachowania na jej aktualne reakcje.

Kluczowe przekonania. Osoby z ZOU posiadają dysfunkcjonalne przekonania, które zakłócają ich społeczne funkcjonowanie. Wspomniane przekonania nie zawsze są w pełni uświadomione, jednak wpływają na sposób rozumienia i postrzegania siebie oraz innych ludzi. W wypadku wielu osób unikających ważne postaci z dzieciństwa (rodzic, nauczyciel, rówieśnik, rodzeństwo), przyjmowały wobec nich krytyczną i odrzucającą postawę. W wyniku interakcji z tymi osobami ukształtowane zostały podstawowe schematy siebie: „jestem nieadekwatny/a”, „jestem narażony/a na coś”, „nie da się mnie lubić”, „jestem inny/a”, „nie pasuję do reszty” oraz schematy, dotyczące innych osób: „ludzie się mną nie interesują”, „inni ludzie mnie odrzuca”.

Przekonania warunkowe. Osoby unikające dochodzą do pewnych założeń, aby wytłumaczyć sobie swoje negatywne interakcje z innymi. Myślą: „jeśli ta osoba traktuje mnie tak źle, to muszę być złym człowiekiem”, „skoro nie mam przyjaciół, to znaczy, że muszę być inny, niepełnowartościowy”, „skoro nie lubią mnie moi rodzice, to jak mógłby mnie polubić ktoś inny”. Zarówno w dzieciństwie, jak i w dorosłości osoby unikające wychodzą z błędnego założenia, że spotka ich ze strony innych ludzi tak samo negatywna reakcja jak ta, której doświadczyli w relacji ze znaczącą osobą w dzieciństwie. Bezustannie obawiają się, że inni będą oceniać ich jako „wybrakowanych” i z tego powodu będą ich odrzucać. Obawiają się również, że nie będą w stanie poradzić sobie z negatywnymi uczuciami, jakich zaznają w wyniku odrzucenia. Z tego powodu unikają angażowania się w sytuacje społeczne i relacje z innymi osobami. Perspektywa odrzucenia jest wyjątkowo bolesna, ponieważ osoby unikające uważają negatywne reakcje innych ludzi za słuszne i adekwatne. Odrzucenie interpretują w bardzo osobisty sposób – jako odpowiedź na własne braki, np. „odrzucił mnie, bo jestem nieadekwatny/a”, „jeśli myśli, że jestem nieinteligentny/a (nieatrakcyjny/a, itp.), to musi tak właśnie być”. Nawet pozytywne interakcje z innymi nie stanowią ochrony przed przewidywanym odrzuceniem, gdyż towarzyszą im założenia typu: „Jeśli ktoś mnie lubi, to znaczy, że nie zna mnie prawdziwego/ej. Kiedy tylko mnie pozna, na pewno mnie odrzuci. Lepiej jeśli wycofam się, zanim to się stanie”. Z tego powodu osoby z ZOU unikają

dysforycznych uczuć poprzez wycofanie z relacji z innymi – zarówno negatywnych, jak i pozytywnych. Negatywna ocena neutralnych oraz pozytywnych interakcji z innymi osobami wynika z szeregu zniekształceń poznawczych, m.in. pomijania pozytywów, wyolbrzymiania i umniejszania oraz katastrofizowania.

Myśli automatyczne i samokrytycyzm. Osoby unikające doświadczają wielu samokrytycznych myśli automatycznych, zarówno w kontekście aktualnie doświadczanych, jak i antycypowanych sytuacji społecznych. Myśli te wynikają z opisanych wcześniej negatywnych przekonań. Można do nich zaliczyć: „jestem nieadekwatny/a”, „jestem nudny/a”, „jestem głupi/a”, „jestem nieudacznikiem”, „jestem niedopasowany/a”. Dodatkowo, zarówno przed, jak i w trakcie doświadczanych interakcji społecznych, osobom z ZOU towarzyszą negatywne myśli, w których przewidują nieuchronną porażkę: „nie będę miał/a nic do powiedzenia”, „zrobię z siebie głupka”, „nie polubią mnie”, „skrytykują mnie” (zniekształcenia poznawcze-katastrofizacja, przepowiadanie przyszłości). Nawet jeśli osoba z ZOU zdoła uświadomić sobie istnienie tych myśli, nie jest zdolna do poddania ich racjonalnej ocenie, gdyż z góry przyjmuje je jako odpowiednie i przekonywające.

Przekonania dotyczące relacji z innymi. Osoby z osobowością unikającą uważają, iż uzyskanie sympatii i aprobaty ze strony innych ludzi nie jest w ich wypadku możliwe. Warunkiem uzyskania akceptacji jest według nich ukrywanie własnego *self*. Uważają, że nie mogą pozwolić innym zbliżyć się do siebie na tyle, aby poznali ich „prawdziwe” oblicze – osoby nieadekwatnej, niezasługującej na akceptację i sympatię. Wśród przekonań związanych z tym obszarem funkcjonowania wymienić można: „muszę otoczyć się fasadą, żeby inni mnie lubili”, „gdyby inni ludzie naprawdę mnie poznali, na pewno by mnie nie lubili”, „kiedy inni mnie poznają, zorientują się, że jestem gorszy”. Osoby unikające przyjmują specyficzne założenia na temat tego, co powinni robić, aby utrzymać przyjaźń. Na ogół unikają w tym celu konfrontacji z innymi, są mało asertywni i przesadnie skromni. Często myślą: „polubi mnie tylko, jeśli zrobię to, czego będzie chciał/a”, „nie mogę odmówić”, itp. Mogą czuć się tak, jakby bezustannie byli na krawędzi odrzucenia: „jeśli w jakikolwiek sposób sprawię, że będzie niezadowolony/a, na pewno przerwie naszą relację”, „na pewno zauważy, że nie jestem doskonały/a i wtedy mnie odrzuci”. Wspomniany sposób postrzegania innych osób wiąże się z działaniem zniekształceń poznawczych, tj. czytanie w myślach, przepowiadanie przeszłości, katastrofizacja oraz arbitralne wnioskowanie.

Błędne postrzeganie reakcji innych osób. Osoby z ZOU mają trudność w adekwatnym ocenianiu reakcji innych ludzi. Często błędnie odczytują neutralne oraz pozytywne reakcje, oceniając je jako negatywne. Są skłonne

skupiać się bardziej na własnych negatywnych myślach i uczuciach niż na ekspresji osób, z którymi pozostają w interakcji. Zależy im na wywoływaniu pozytywnych odczuć w innych osobach, nawet tych, które nie odgrywają istotnej roli w ich życiu (np. kierowca autobusu). Jest dla nich bardzo ważne, aby nikt nie oceniał ich źle, gdyż stanowiłoby to potwierdzenie myśli: „jeśli ktokolwiek ocenia mnie źle, krytyka musi być prawdziwa”.

Osoby z ZOU oprócz unikania sytuacji społecznych przejawiają tendencję do poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego unikania. Unikają myślenia o rzeczach, które mogłyby wywołać dysforyczne uczucia. Ponieważ poziom tolerancji na dysforię jest u nich niski, rozpraszają uwagę, aby poczuć się lepiej. Ten wzorzec poznawczego i behawioralnego unikania jest wzmacniany poprzez zmniejszenie nieprzyjemnych uczuć i osiągnięcie tymczasowej ulgi, co z kolei powoduje, iż z czasem staje się on automatyczny. Typowe są dla nich również dysfunkcyjne postawy wobec doświadczanych stanów dysforycznych: „to złe, że czuję się źle”, „nie powinienem/am czuć się zaniepokojony/a”, „powinienem/am czuć się zawsze dobrze”, „inni ludzie rzadko czują się przestraszeni albo zawstydzeni”. Wierzą, że jeśli pozwolą sobie na doświadczanie negatywnych emocji, zostaną przez nie pochłonięte i nigdy nie będą w stanie się z nich wydobyć: „jeśli zacznę się czuć trochę zaniepokojony/a, później dotrę do mojego najgorszego punktu”, „jeśli poczuję się źle, stracę nad tym kontrolę i nie będę w stanie normalnie funkcjonować”. Taki sposób myślenia ujawnia charakterystyczne dla osób z ZOU zniekształcenie poznawcze – katastrofizację.

Racjonalizacja. Osoby unikające doświadczają silnego pragnienia stworzenia i podtrzymania bliskiej relacji z drugim człowiekiem. Nawet jeśli są świadome swoich pragnień, koszty związane z doświadczaniem negatywnych emocji w bliskości z innymi uniemożliwiają im osiągnięcie celu. Dokonują niezliczonej ilości racjonalizacji, aby uwolnić się z obowiązku podejmowania kroków koniecznych do osiągnięcia właściwego celu – stworzenia bliskiej relacji: „będę zbyt zmęczony/a, żeby to zrobić”, „poczuję się gorzej, jeśli to zrobię”, „zrobię to później”, itp. Jednocześnie osoby unikające są przekonane, iż nie są zdolne do osiągnięcia swoich celów: „nie mogę zrobić nic, żeby zmienić swoją sytuację”, „jaki jest sens w próbowaniu? I tak nie uda mi się tego zmienić”.

Myślenie życzeniowe. Osoby z ZOU mogą myśleć o swojej przyszłości w życzeniowy sposób. Mogą wierzyć, że pewnego dnia idealna relacja lub praca pojawi się w ich życiu bez jakiegokolwiek nakładu wysiłku. W rzeczywistości nie wierzą, że są zdolni do osiągania wyznaczonych celów poprzez własne starania: „Pewnego dnia obudzę się i wszystko będzie już w porządku”, „Nie mogę ulepszyć mojego życia sam/a” (Beck i in., 2004).

13.3.2. Osobowość unikająca w koncepcji Karen Horney

Horney (1945) wskazuje na istnienie trzech stylów interpersonalnych warunkujących, w jaki sposób ludzie nawiązują oraz podtrzymują relacje z innymi osobami. Wspomniane style określają orientację jednostki wobec innych – „do ludzi”, „od ludzi” oraz „przeciwko ludziom”. Osoby unikające reprezentują styl interpersonalny „od ludzi” (*moving away from*). Według Horney (1945) osoby z tym zaburzeniem osobowości doświadczają niemożliwego do zniesienia napięcia, pojawiającego się podczas obcowania z innymi ludźmi. Formę ochrony przed doświadczaniem tego uczucia stanowi celowa, świadomie wybrana samotność.

Styl „od ludzi” wiąże się z potrzebą „odłączania” od innych (*detachment*). Typowym zachowaniem dla osób przejawiających ten styl interpersonalny, w tym osób unikających, jest odsuwanie się od ludzi. Charakterystyczne dla tego stylu jest również „odłączenie od siebie”, w którego wyniku osoba traci rozeznanie w zakresie tego, kim jest, co kocha, czego nienawidzi, pragnie, czego się boi, na co ma nadzieję, itp. Osoby „odłączone” przejawiają potrzebę utrzymywania emocjonalnego dystansu między sobą a innymi osobami. W świadomy sposób postanawiają nie angażować się emocjonalnie w relacje z innymi. Wycofanie nie ma związku z rodzajem relacji – osoby unikające rezygnują z bliskości innych ludzi niezależnie od tego, czy oferowana relacja ma charakter rywalizacji, kooperacji czy związku miłosnego.

Istotną dla tego typu interpersonalnego funkcjonowania jest również potrzeba samowystarczalności (*self-sufficiency*). Osoby unikające uważają, że muszą być zaradne, by przetrwać. Wydaje się to zrozumiałe w kontekście postanowienia nieangażowania się w relacje z innymi. Szczególnie ważna wydaje się również potrzeba prywatności. Osoby unikające można porównać do gości hotelu, którzy rzadko usuwają ze swoich drzwi tabliczkę „Nie przeszkadzać”. Nie lubią dzielić się własnymi doświadczeniami, wolą jeść, sypiać, spacerować, słuchać muzyki w samotności. Okazywane przez innych zainteresowanie może wywoływać w nich uczucie oburzenia. Z tego powodu często sprawiają wrażenie osób tajemniczych. Potrzeba samowystarczalności oraz prywatności stanowią podłoże dla kolejnej potrzeby charakterystycznej dla osób skierowanych „od ludzi” – potrzeby całkowitej niezależności (*utter independence*). Osoby unikające traktują niezależność jako niezwykle ważną dla siebie wartość. Postrzegają ją jako cel sam w sobie, bez uwzględniania faktu, że jej ostateczna wartość zależy od tego, co z nią robią. Niezależność, podobnie jak całe zjawisko „odłączenia”, ma tutaj negatywny wydźwięk – ma chronić przed poczuciem bycia zmuszonym lub zobowiązywanym do czegoś.

Osoby z ZOU wykazują tendencję do tłumienia emocji, a nawet do zaprzeczania ich istnieniu. Wypieranie emocji obejmuje głównie obszar uczuć kierowanych do innych ludzi i dotyczy zarówno miłości, jak i nienawiści. Jednocześnie osoby te zachowują zdolność do doświadczania emocji w sferach niezwiązanych z relacjami interpersonalnymi (np. potrafią doświadczać wielu emocji, czytając książki, oglądając dzieła malarskie, obcując ze zwierzętami, itp.) (Horney, 1945).

Spółeczny dystans u osób o osobowości unikającej ma swoje zarówno świadome, jak i nieświadome przyczyny (Kantor, 2003):

- Konflikty seksualne (*conflicts about sex*) – osoby z zaburzeniem osobowości unikającej przyjmują często postawę unikającą z powodu doświadczania myśli związanych z seksualnymi popędami.

- Konflikty dotyczące złości (*conflicts about anger*) – unikanie stanowi reakcję na doświadczanie myśli drugiego rzędu (*second thoughts*) związanych ze złością. Osoby unikające doświadczają złości wówczas, gdy nie mogą być tak zależni, jakby tego chcieli („odrzucaś mnie”) lub wówczas, gdy stają się bardziej zależni, niż to sobie wyobrażali („zbliżając się do mnie tak bardzo, powodujesz, że tracę swoją tożsamość i czuję się w niebezpieczeństwie”). Złość wywołuje u nich poczucie utraty kontroli nad osobami, z którymi pozostają w relacji. Część osób unikających nie jest zdolna do uznawania złości za zwykłą, ludzką, naturalną emocję. Są raczej skłonne postrzegać własną złość jako uczucie, które czyni ich ludźmi złymi, niegodnymi akceptacji i bliskości w relacji z innymi. Społeczne wycofanie staje się więc sposobem kontrolowania złości, jakiej doświadczają w odniesieniu do innych ludzi. Jednocześnie należy zaznaczyć, iż nie wszystkie osoby unikające doświadczają konfliktu z powodu własnej złości. Dla niektórych przeżywanie złości jest sposobem na poradzenie sobie z lękiem przed byciem krytykowanym i odrzuconym. Upokarzanie i odrzucanie innych staje się swoistą formą zemsty, mającą na celu zademonstrowanie tego, jak czują się w obliczu odrzucenia.

- Lęk – u osób unikających lęk społeczny/lęk przed byciem w relacji. Lęk sygnalizuje, że zakazane – romantyczne i wrogie impulsy są bliskie eksplozji i mogą spowodować cierpienie poprzez: wywoływanie poczucia winy, utratę poczucia dumy z siebie (*self-pride*), tworzenie zagrożenia dla wewnętrznej integralności poprzez emocjonalne „zalanie” (*emotional flooding*) lub zubożenie (*emotional depletion*).

Obrony i symptomy. Symptomy przejawiane przez osoby unikające – nieśmiałość, wycofanie, ambiwalencja – są manifestacją wewnętrznej próby pokonania własnego lęku przed byciem w bliskiej relacji. Osoba unikająca, czując się winna z powodu własnych popędów seksualnych, projektuje je wraz z towarzyszącym im poczuciem winy na inne osoby. Mechanizm ten sprawia, iż czuje się seksualnie prześladowana: „zobacz, nie chcę tego z tobą

robić i żeby to udowodnić, będę cię surowo karać za wszelkie próby zmuszenia mnie do tego”. Obrony oraz symptomy występujące u osób unikających służą neutralizacji konfliktów wywołujących uczucie lęku. Dla osób unikających Typu I nieśmiałość (sympptom) neutralizuje lęk powodowany pragnieniem bliskości w relacji z drugim człowiekiem. Z kolei dla Typów II i III schemat angażowania się w relację, zrywania jej w chwili osiągnięcia bliskości, przeżywania samotności i ponownego angażowania się w nowy związek, stanowi formę ochrony przed doświadczaniem lęku. Typ IV posługuje się obronną regresją – wchodzi w bliską relację z wybraną osobą, wycofując się jednocześnie ze wszystkich innych relacji (Kantor, 2003).

13.3.3. Osobowość unikająca w ujęciu Ottona Kernberga

Zgodnie z koncepcją Kernberga (1984) zaburzenie osobowości unikającej zaliczane jest do organizacji osobowości *borderline* wysokiego poziomu (por. rozdz. 4). Oznacza to, iż struktura osobowości osób z ZOU ukształtowana została w wyniku fiksacji w fazie różnicowania reprezentacji *self* od reprezentacji obiektu. Z tego powodu u osób unikających nie doszło do integracji libidinalnych i agresywnych aspektów *self* i obiektu, a dominującym mechanizmem obronnym pozostało rozszczepienie. W wyniku fiksacji w tej fazie rozwoju osoby z ZOU nie są zdolne do całościowego postrzegania obiektu jako dobrego i złego jednocześnie. Ze względu na tendencję do polaryzacji pozytywnych i negatywnych aspektów obiektu są skłonne postrzegać innych jako osoby potencjalnie odrzucające, krytykujące i wrogie. Z powodu braku zdolności do integrowania agresywnych i libidinalnych aspektów obiektu nie potrafią zaufać w dobre intencje osób postrzeganych jako zły obiekt i interpretują ich pozytywne zachowania jako nieszczerze (por. rozdz. 4.2.3.)

Jak już wspomniano, osoby z ZOU często hamują ekspresję doświadczanej przez siebie złości. Kumulowanie wrogich impulsów często znajduje ujście w procesie projekcji. Osoby z ZOU dokonują projekcji wrogich aspektów *self* na obiekty, wzmacniając się tym samym w przekonaniu, iż otaczający ich ludzie są potencjalnie niebezpieczni i zagrażający.

13.3.4. Osobowość unikająca w koncepcji schematów Jeffreya Younga

Zgodnie z założeniami Younga (1994, 1999, 2003, za: Arntz, 2012), zaburzenie osobowości unikającej należy rozumieć nie tylko jako tendencję do unikania sytuacji społecznych, ale również jako skłonność do unikania problemów, tj. podejmowanie decyzji, doświadczanie pozytywnych i negatywnych

nych emocji, dzielenie się intymnymi uczuciami, doświadczanie doznać cielesnych, angażowanie się w potencjalnie niebezpieczne czynności. Taki sposób rozumienia ZOU umożliwia przyjęcie szerszej perspektywy, wykraczającej poza funkcjonowanie interpersonalne.

Ostatnie badania (Bamelis, 2009, za: Arntz, 2012) wykazały, iż ZOU charakteryzuje się istnieniem zbioru specyficznych modeli, spośród których najsilniej obecne u osób unikających to „unikający oraz odłączający obrońca” (*avoidant, detached protector*). Model „unikającego obrońcy” charakteryzuje się skłonnością do behawioralnego unikania, widocznego jako unikanie zewnętrznych sytuacji. Efektem posługiwania się tą strategią jest doświadczanie samotności, tendencja do odraczania decyzji i ważnych zadań oraz poczucie nudy i pustki. Model „odłączającego obrońcy” charakteryzuje się oderwaniem od wewnętrznych potrzeb, myśli, uczuć oraz od emocjonalnego kontaktu z innymi ludźmi i powoduje doświadczanie wewnętrznej pustki. Osoby z ZOU mogą posługiwać się także modelem „uległego poddawania się” (*compliant surrender mode*), przejawiającym się skłonnością do ulegania życzeniom innych osób przy jednoczesnym hamowaniu własnych potrzeb oraz modelem „karzącego rodzica” (*punitive parent mode*), będącego wyrazem internalizacji emocjonalnie nadużywającego opiekuna i powodującego doświadczanie poczucia winy. Charakterystyczne dla osób unikających są również dwa modele dziecięce (*child modes*) – model samotnego/gorszego dziecka (*lonely/inferior mode*) oraz model porzuconego/wykorzystanego dziecka (*abandoned/abused child mode*). Oba modele reprezentują stany, jakich osoby z ZOU doświadczały w dzieciństwie w relacji z opiekunami (Arntz, 2012).

13.3.5. Czynniki konstytucyjne oraz wpływ doświadczeń wczesnodziecięcych na kształtowanie zaburzeń osobowości unikającej

Millon (1981, za: Krankin, 2003) wskazuje na istnienie „genetycznego lub dziedzicznego interpersonalnego zniechęcenia” (*interpersonal aversiveness*) obecnego u osób z ZOU. Wspomniana awersja przejawia się w postaci widocznych już we wczesnym dzieciństwie – nadwrażliwości, dziwactw (*crankiness*), napięcia oraz tendencji do wycofania. Autor wspomina o nadwrażliwych niemowlętach, które łatwo się wybudzają, często płaczą, cierpią z powodu kolek. Ich rodzice nie doświadczają w kontakcie z nimi radości i spełnienia, lecz raczej towarzyszy im poczucie niekompetencji, nieadekwatności i złości, które mogą prowadzić do deprecjonowania, a nawet odrzucania dziecka. Ten sam autor podkreśla również istnienie anatomicznych („awersyjne centrum” układu limbicznego) oraz hormonalno-biochemicz-

nych (nadmiar adrenaliny, szybka transmisja synaptyczna) czynników związanych z zachowaniami unikającymi (Millon, 1981, za: Krankin, 2003).

Kagan, podobnie jak Galvin (1992, za: Krankin, 2003), podkreśla rolę temperamentu w kształtowaniu ZOU. Twierdzi, iż część ludzi rodzi się ze skłonnością do bycia nieśmiałym w relacji z innymi ludźmi oraz bycia ostrożnym w nowych sytuacjach. Autor nazywa te temperamentalne tendencje „zahamowaniem” (*inhibition*). Uważa, że „zahamowanie” jest właściwością dziedziczną oraz uwarunkowaną konstytucjonalnie, w postaci obniżonego progu pobudzenia współczulnego układu nerwowego. Sugeruje również istnienie limbicznego podłoża lęku, prowadzącego do „zahamowania” u osób unikających. Badania wskazują, iż na rozwój ZOU istotnie wpływają również rodzicielskie zaniedbanie (np. niski poziom opieki nad dzieckiem) oraz nadużycia ze strony opiekuna w połączeniu z temperamentalną cechą dziecka – unikaniem zranienia (*harm avoidance*) (Joyce i in., 2003).

Zgodnie z teorią schematów (Young, 2003, za: Carr, Francis, 2010) istotną rolę w rozwoju osobowości unikającej odgrywają toksyczne wczesnodziecięce doświadczenia. Wielu badaczy podkreśla znaczenie emocjonalnego zaniedbania oraz nadużycia ze strony rodziców (Bernstein, 2002; Bernstein i in., 1998; Gibb i in., 2001; Grilo, Masheb, 2002; Johnson i in., 1999, 2000; Joyce i in., 2003; Rettew i in., 2003; Stravynski i in., 1989, za: Carr, Francis, 2010). Kluczowe dla rozwoju tego zaburzenia osobowości może być również doświadczenie fizycznego zaniedbania oraz nadużyć na tle seksualnym (Battle i in., 2004; Bernstein i in., 1998; Gibb i in., 2001; Grilo, Masheb, 2002; Johnson i in. 1999, 2000; Sullivan i in., 1995; Rettew i in., 2003, za: Carr, Francis, 2010). Jako istotny czynnik w patogenezie osobowości unikającej należy wymienić również rodzicielską nadopiekuńczość/kontrolę oraz brak przyzwolenia na swobodną ekspresję emocji w środowisku rodzinnym. Bogels (Bogels i in., 2001, za: Carr, Francis, 2010) sugeruje, iż społecznie zahamowani rodzice rzadko nawiązują relacje poza środowiskiem rodzinnym, ograniczając tym samym swojemu dziecku możliwość doświadczania nowych sytuacji społecznych.

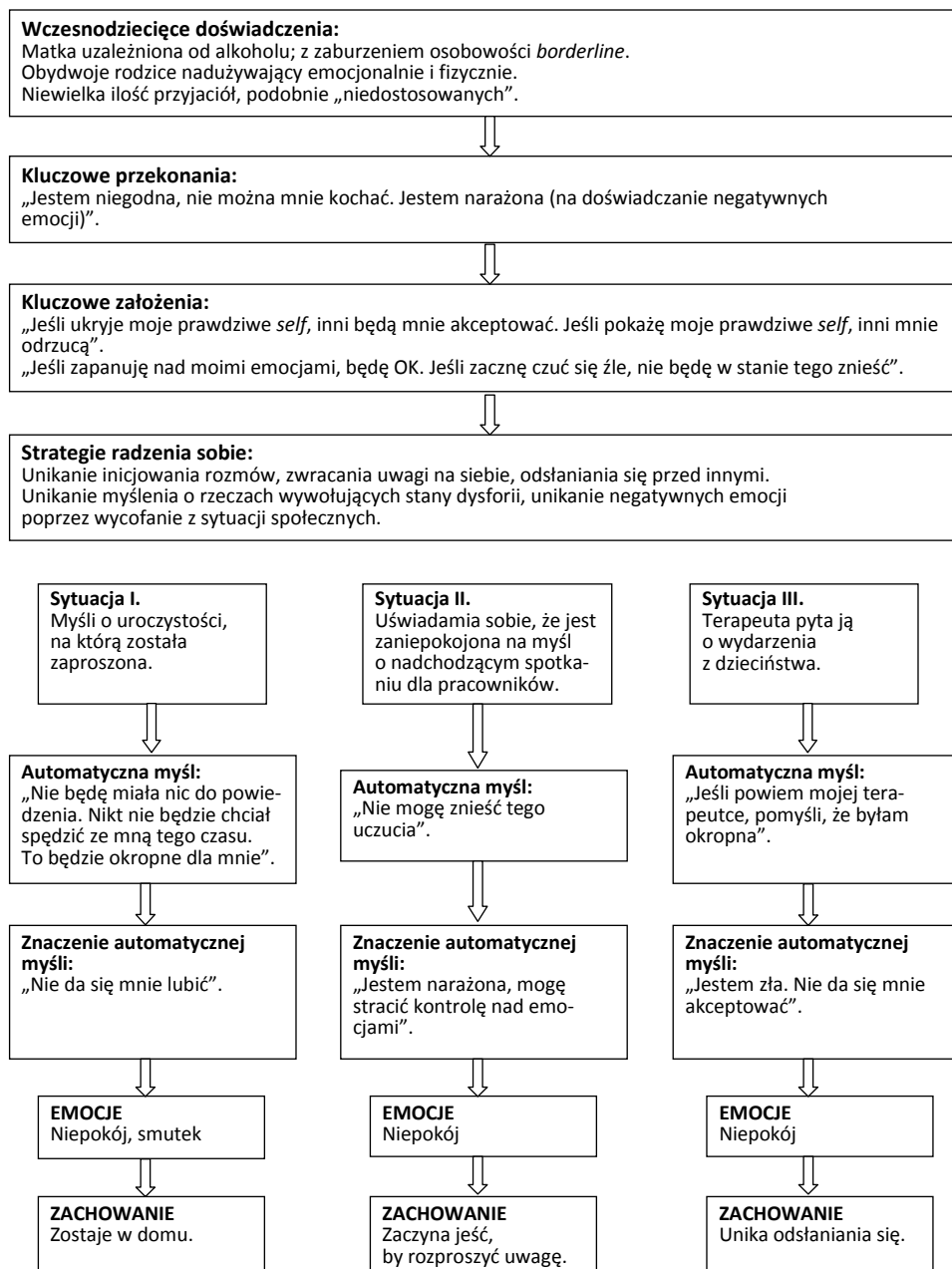
Również rodzicielska nadopiekuńczość, rozumiana jako tendencja rodziców do wzmacniania zależności dziecka oraz psychologicznego kontrolowania dziecka (Parker i in., 1979, za: Carr, Francis, 2010) jest postrzegana jako czynnik zwiększający ryzyko rozwoju ZOU. Nadopiekuńczy oraz kontrolujący rodzice utrudniają rozwój kompetencji społecznych oraz nasilają rozwój społecznych lęków u swojego dziecka (Bogels i in., 2001, za: Carr, Francis, 2010). Również brak przyzwolenia na swobodną ekspresję własnych uczuć, poglądów i potrzeb, a także ograniczona komunikacja między rodzicami a dzieckiem mogą prowadzić do ukształtowania osobowości unikającej (Dunsmore, Halberstadt, 1997; Suveg i in., 2008, za: Carr, Francis, 2010).

13.3.6. Osobowość unikająca w koncepcji Theodore'a Millona

Zgodnie z opisem Millona (1969, za: Rettew, 2000) ZOU zalicza się do typu osobowości aktywno-odłączonej (*active-detached*), której centralną charakterystyką jest obronne unikanie społecznych interakcji pomimo intensywnego pragnienia bliskości z drugą osobą. Osoby zaliczane do tego typu osobowości są wyjątkowo czujne i wrażliwe na sygnały z otoczenia. Z powodu niskiego zaufania do innych ludzi oraz niskiego poczucia pewności siebie, izolują się od reszty społeczeństwa i unikają wchodzenia w relacje z innymi osobami

Millon (1996, 2005, 2006, za: Struck, Millon, 2007) prezentuje model typów osobowości, dokonując ich opisu oraz rozróżnienia za pomocą zbioru funkcjonalnych (ekspresja behawioralna, zachowania interpersonalne, styl poznawczy, intrapsychiczne mechanizmy regulacyjne) oraz strukturalnych (obraz siebie, reprezentacja obiektu, organizacja morfologiczna, nastrój/temperament) cech, możliwych do ocenienia przy użyciu czterech podstawowych źródeł informacji (dane behawioralne, fenomenologiczne, intrapsychiczne oraz biofizyczne). Cechy funkcjonalne reprezentują dynamiczne procesy obecne w rzeczywistości intrapsychicznej i dotyczą relacji między *self* a psychospołecznym środowiskiem. Regulują zachowania jednostki poprzez zarządzanie, dostosowywanie, przekształcanie, koordynowanie oraz równoważenie świata wewnętrznego z zewnętrznym. Z kolei cechy strukturalne reprezentują głęboko osadzone, stosunkowo trwałe wzory wdrukowanych wspomnień, a także postawy, potrzeby, obawy i konflikty, które wpływają na aktualne doświadczenia oraz charakter toczących się zdarzeń w życiu jednostki (Millon, 1996, za: Struck, Millon, 2007).

Osobowość unikająca w ujęciu Millona (2006, za: Struck, Millon, 2007) reprezentuje „odłączoną” (*detached*) orientację życiową, charakteryzującą się dużym natężeniem bólu oraz niskim natężeniem przyjemności. Zdrowym prototypem dla tego rodzaju zaburzenia osobowości jest nieśmiałość, zaś strategia adaptacji przyjmuje tutaj charakter aktywny. Pod względem cech funkcjonalnych, osobowość unikająca opisywana jest następująco: ekspresja interpersonalna – rozdrażniony, zachowania interpersonalne – awersyjny, styl poznawczy – rozproszony, mechanizmy intrapsychiczne – fantazja. Z kolei cechy strukturalne typowe dla osobowości unikającej to: obraz siebie – wyobcowany (*alienated*), intrapsychiczna zawartość (*intrapsychic content*) – zdenerwowany, intrapsychiczna struktura (*intrapsychic structure*) – kruchy/delikatny (*fragile*), nastrój – udręczony (*anguished*) (Struck, Millon, 2007).



Rys. 13.1. Konceptualizacja przypadku zgodnie z koncepcją Becka. Opracowanie własne na podstawie Beck, Freeman (2004).

14

Zależne zaburzenie osobowości

Dominika Górska

14.1. Zależność zdrowa i patologiczna

Zależność jest zjawiskiem uniwersalnym występującym w rozwoju człowieka, zarówno na płaszczyźnie interpersonalnej, jak i intrapsychicznej. Potrzeba zależności ma charakter normatywny dla rozwoju, jest podstawą kształtowania się odrębnej autonomicznej osobowości wyłaniającej się z zależnych relacji z innymi. Zależność jest złożonym interpersonalnym aspektem osobowości (Pincus, Wilson, 2001) odzwierciedlającym podstawową motywację do uzyskiwania i utrzymywania opieki i wsparcia w relacji (Bornstein, 1992, 1999). Celem tendencji do opierania się na kimś jest zaspokojenie i/lub adaptacja (Moore, Fine, 1996). Wyróżnia się trzy rodzaje zależności: fizyczna (zależność dziecka, osoby starszej, chorej lub niepełnosprawnej od opiekuna), instrumentalna (zależność od osoby pomagającej w osiągnięciu pewnych celów) oraz emocjonalna (poleganie na innej osobie, która dostarcza emocjonalnego wsparcia i opieki) (Bornstein, 1998). Z wymienionych form ta ostatnia jest najbliższa psychologicznemu rozumieniu osobowości zależnej. W tym kontekście zależność mimo swego uniwersalnego charakteru ma zwykle zabarwienie pejoratywne, gdyż sugeruje, że potrzeba polegania na innych i otrzymywania od nich opieki i wsparcia jest nadmierna i nieadekwatna do wieku (Moore, Fine, 1996). Stąd wydaje się ważne odróżnienie naturalnej zależności od zależności utrwalonej, która ma charakter zaburzenia.

Istnieją trzy perspektywy rozumienia relacji pomiędzy zależnością a psychopatologią (Bornstein, 1995a). W pierwszej z nich zależność traktowana jest jako forma pewnej podatności, która pośrednio lub bezpośrednio zwiększa ryzyko różnych związanych z zależnością zaburzeń (np. agorafobii, depresji). Zależność rozumiana jest również jako konsekwencja chorób psychicznych lub fizycznych. W tym wypadku jest zjawiskiem wtórnym wobec patologii, a nie jego przyczyną. Biorąc pod uwagę trzecią perspek-

tywę, zależność samą w sobie uważa się za formę psychopatologii. W obszarze tej perspektywy można wyróżnić dwa podejścia. Pierwsze z nich traktuje zależność jako przejaw innych, bardziej poważnych zaburzeń. Przedstawiciele drugiego uważają z kolei, że sztywne i nadmierne dążenia zależnościowe związane są z odrębną formą psychopatologii. To założenie stało się podstawą utworzenia kategorii diagnostycznej w DSM, jaką jest zależne zaburzenie osobowości (ZZO) (Bornstein, 1995a).

Zależność może być rozpatrywana na kontinuum od zdrowej do patologicznej, od stylu osobowości na jednym krańcu do zaburzenia osobowości na drugim (Sperry, 2003). Patologiczna forma zależności cechuje się przede wszystkim intensywnymi, niemodulowanymi pragnieniami zależności, które są ujawniane przypadkowo, bezładnie i odruchowo w wielu różnych sytuacjach. Zdrową zależność cechują pragnienia zależności, które – nawet jeśli są silne – są przejawiane selektywnie (np. tylko w niektórych sytuacjach) i w sposób elastyczny, dostosowany do kontekstu (Bornstein, 2005). Porównanie zdrowych i zaburzonych form zależności przedstawiono w tabeli 14.1.

Tabela 14.1. Zależność zdrowa i patologiczna

Obszary funkcjonowania	Styl osobowości / zdrowa zależność	Zaburzenie osobowości / patologiczna zależność
1	2	3
W RELACJACH		
Zgodność w relacjach	Bardzo dba o harmonię w relacjach z ważnymi osobami jest grzeczny, zgodny i taktowny.	Z powodu lęku przed byciem odrzuconym zgadza się z innymi, nawet jeśli uważa, że się mylą.
Zadowalanie innych	Pelen troski i skuteczny w zadowalaniu innych. Okazjonalnie zdolny do wytrzymania osobistego dyskomfortu, by zrobić „dobry uczynek” dla ważnych osób w swoim życiu.	Z własnej woli podejmuje działania nieprzyjemne lub wymagające po to, by ludzie go lubili.
Znoszenie samotności	Preferuje towarzystwo jednej lub więcej osób niż pozostawanie w samotności.	Czuje się zdruzgotany i bezradny, gdy bliska relacja się kończy, często pochłonięty lękami przed opuszczeniem.
Jakość relacji	Gęsta sieć społeczna, elastyczność ról.	Nieliczne bliskie relacje, niezmiennie role (opiekun – osoba zaopiekowana), ograniczona dynamika związków.
Decyzje	Czuje się komfortowo, zasięgając rad i opinii, ale ostatecznie sam podejmuje decyzję.	Niezdolny do podejmowania decyzji bez wielu zapewnień i rad, pozwala innym podejmować decyzje za siebie w wielu ważnych dziedzinach.

cd. tab. 14.1

1	2	3
Inicjatywa, autorytet	Choć obdarza szacunkiem autorytet i przyjmuje rolę członka zespołu, jest zdolny do inicjowania i kontynuowania zadań samodzielnie.	Ma trudności w inicjowaniu działań i robieniu czegoś samodzielnie.
Reakcja na krytykę, umiejętności społeczne	W odpowiedzi na krytycyzm może poddać swoje działanie korekcji. Potrafi użyć informacji społecznych efektywnie.	Łatwo czuje się zraniony krytyką. Ze względu na lęk nie potrafi skorzystać ze wskazówek społecznych, nawet jeśli rozpoznaje je dobrze, wtedy odruchowo poszukuje wsparcia.
W TERAPII		
Wgląd na początku terapii	Większy, w miarę trwania terapii korzystają z wglądu w procesie osiągania zmiany.	Niski wgląd dotyczący roli zależności w aktualnych trudnościach, nieznacznie większy osiągany w trakcie terapii.
Cele terapeutyczne	Wzrost własnej skuteczności, intymności.	Pragnienie bycia przytwierdzonym do lub leczonym przez omnipotentnego terapeutę.
CZYNNIKI INTRAPSYCHICZNE		
Pilność potrzeb zależności	Bardziej sporadyczne, mniej intensywne, selektywne i dopasowane do sytuacji.	Intensywne, kompulsyjne pragnienia.
Mechanizmy obronne	Konfiguracja obron zwrócona „przeciwko sobie”, mechanizmy oparte na internalizacji, ale bardziej dojrzałe, humor, sublimacja.	Konfiguracja obron zwrócona „przeciwko sobie”, mechanizmy oparte na internalizacji, ale niedojrzałe, zaprzeczenie, projekcja.
Kontrola impulsów	Dobra, może modyfikować impulsy, odwołując się do wewnętrznych znaczeń.	Duża trudność w kontroli impulsów związanych z zależnością, w czasie stresu regresja (niedojrzałe, dziecięce zachowania, np. fizyczne przywieranie lub teatralna bezradność).
Złożoność poznawcza (reprezentacja <i>self</i>)	Złożona, zniuansowana, wyszukana reprezentacja <i>self</i> , bardziej zintegrowana, zawierająca więcej cech, stąd zdolny do konstruktywnej introspekcji, elastycznego reagowania i efektywnego radzenia sobie z wyzwaniem i ze stratą.	Prosta, niewyszukana reprezentacja <i>self</i> .

Opracowanie na podstawie: Bornstein, 2005, Sperry, 2003.

14.2. Charakterystyka osobowości zależnej

14.2.1. Kryteria rozpoznawania osobowości zależnej w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych

Według DSM-IV TR (2000) osobowość zależna wraz z osobowością uni-kającą i obsesyjno-kompulsyjną należy do wiązki C charakteryzującej się znacznym napięciem i lękiem. W klasyfikacji ICD-10 kategoria osobowości zależnej obejmuje również osobowość asteniczną, nieadekwatną, bierną i samoponizającą się. W tabeli 14.2 zostały zamieszczone kryteria diagnostyczne według obowiązujących klasyfikacji zaburzeń psychicznych (tabela 14.2).

Tabela 14.2. Zależne zaburzenie osobowości – kryteria diagnostyczne

ICD-10	DSM-IV TR
Zaburzenie osobowości spełniające przynajmniej trzy spośród następujących kryteriów: 1) zachęcanie lub przyzwalanie innym na przejęcie odpowiedzialności za własne ważne decyzje życiowe; 2) podporządkowanie własnych potrzeb potrzebom innych oraz nadmierne uleganie ich życzeniom; 3) niechęć do stawiania nawet racjonalnych wymagań osobom, od których jest się zależnym; 4) poczucie dyskomfortu i bezradności w sytuacji osamotnienia z powodu wylbrzymionej obawy przed niezdolnością do zatroszczenia się o siebie; 5) nadmierna obawa przed opuszczeniem przez osobę w bliskim związku i koniecznością zadbania o siebie; 6) ograniczona zdolność do podejmowania codziennych decyzji bez zbędnego radzenia się innych osób i upewniania przez nie.	Trwała i nadmierna potrzeba doznawania opieki prowadząca do uległości i lgnięcia do innych oraz lęków separacyjnych, rozpoczynająca się we wczesnej dorosłości i obecna w różnych sytuacjach, spełniająca pięć (lub więcej) z następujących kryteriów: 1) osoba ma trudności w podejmowaniu codziennych decyzji bez wielu porad i zapewnień ze strony innych; 2) potrzebuje innych osób, by przejęły odpowiedzialność za większość istotnych obszarów w jej życiu; 3) ma trudności w wyrażaniu sprzeciwu wobec innych z powodu lęku przed utratą wsparcia i aprobaty. Uwaga: nie dotyczy realistycznych lęków przed zemstą; 4) ma trudności w inicjowaniu przedsięwzięć lub robieniu czegoś samodzielnie (raczej z powodu braku pewności siebie związanego z osądami i umiejętnościami niż braku motywacji i energii); 5) podejmuje różne działania po to, by uzyskać opiekę i wsparcie od innych, do tego stopnia, że z własnej woli podejmuje działania, które innym wydają się nieprzyjemne; 6) w chwilach samotności odczuwa dyskomfort lub bezradność spowodowane nadmiernym lękiem, że nie będzie umiała zadbać o siebie; 7) gdy jedna bliska relacja się kończy, pilnie poszukuje kolejnych związków jako źródła opieki i wsparcia; 8) w nierealistycznym stopniu jest zaabsorbowana lękiem, że w sytuacji opuszczenia będzie musiała sama o siebie zadbać.

W przygotowywanej kolejnej piątej wersji DSM, m.in. z powodu znacznego współwystępowania lub rzadkości występowania w populacji, część zaburzeń osobowości została wykluczona z klasyfikacji, w tym także osobowość zależna (Kring i in., 2012).

14.2.2. Styl funkcjonowania

Według DSM-IV TR (2000) najistotniejszą cechą diagnostyczną osobowości zależnej jest utrwalona i nadmierna potrzeba doznawania opieki, która prowadzi do uległych zachowań oraz powoduje powstawanie lęków separacyjnych. Taki wzorec zachowań pojawia się we wczesnej dorosłości i jest obecny w różnych sytuacjach. Zachowania uległe i zależne wynikają z percepcji siebie jako niezdolnego do adekwatnego funkcjonowania bez pomocy innych i mają na celu wywołać u innych zachowania opiekuńcze. Osoby z tym zaburzeniem mają poważne trudności z podejmowaniem codziennych decyzji (np. czy wziąć parasol czy nie) bez upewnienia się i wielu porad ze strony innych. Mają także tendencję do bycia pasywnymi i pozwalania innym (często jednej osobie) na wzięcie inicjatywy i odpowiedzialności za większość ważnych dziedzin w ich życiu. Ponadto dorośli z tym zaburzeniem zwykle są zależni od rodzica lub małżonka, który decyduje o większości istotnych w ich życiu sprawach, np. gdzie mają mieszkać, czym się zajmować, z kim się przyjaźnić. Młodzież może pozwalać rodzicom decydować o swoim ubraniu, towarzystwie, wolnym czasie, wyborze szkoły. Potrzeba przejścia odpowiedzialności przez innych występuje poza sytuacjami, gdzie jest to uzasadnione sytuacją lub wiekiem (np. specyficzne potrzeby dzieci, osób starszych i niepełnosprawnych). ZZO może także występować u osób z poważną chorobą lub niepełnosprawnością i być związana z lękiem przed utratą wsparcia lub aprobaty. Osoby zależne często mają trudności z wyrażaniem niezgody wobec innych osób, zwłaszcza tych, od których są zależne. Osoby te czują się na tyle niezdolne do samodzielnego funkcjonowania, że raczej wolą zgodzić się na coś, co jest dla nich przykre niż ryzykować utratę pomocy. Ze względu na strach przed opuszczeniem nie złością się w sposób adekwatny na tych, których wsparcia potrzebują. Jeśli jednak niepokój jednostki dotyczący konsekwencji wyrażenia niezgody jest realistyczny (np. uzasadniony strach przed zemstą ze strony współmałżonka), to opisane zachowanie nie powinno być wskaźnikiem zależności. Osoby zależne mają trudności z inicjowaniem przedsięwzięć i ich niezależnym kontynuowaniem. Brakuje im zaufania do siebie i są przekonane, że potrzebują pomocy, by rozpocząć i kontynuować jakieś zadanie. Zamiast samodzielnego inicjowania z rozpoczęciem działań czekają na innych,

ponieważ wierzą, że z reguły inni zrobią to lepiej. Są przekonani o swojej niezdolności do niezależnego funkcjonowania i prezentują obraz siebie jako osoby będącej „nie na miejscu” i wymagającej stale pomocy. Z dużym prawdopodobieństwem mogą funkcjonować adekwatnie, gdy mają pewność, że ktoś ich działanie nadzoruje i aprobuje. Mogą obawiać się bycia bardziej kompetentnymi albo wydawania się takimi, ponieważ są przekonani, że takie zachowania prowadzą do opuszczenia. Ponieważ polegają na innych w rozwiązywaniu swoich problemów, często nie uczą się podstawowych umiejętności związanych z niezależnym życiem, w ten sposób wzmacniając swoją zależność (DSM-IV TR, 2000). Osoby zależne posuwają się w swoich działaniach mających na celu uzyskanie opieki i wsparcia od innych nawet do tego stopnia, że na ochotnika podejmują się nieprzyjemnych zadań, jeśli takie zachowanie przyniesie im opiekę, której potrzebują. Są skłonni ulegać innym, nawet gdy wymagania innych są bezpodstawne. Ich potrzeba utrzymania ważnych więzi w rezultacie często prowadzi do niezrównoważonych lub zaburzonych relacji. Mogą w niezwykle sposób poświęcać się lub tolerować werbalne, fizyczne lub seksualne nadużycia. Osobowość zależną rozpoznaje się tylko w przypadku, gdy jednostka ma dostęp do innych zachowań. W samotności osoby te czują się niekomfortowo albo odczuwają bezsilność z powodu nadmiernego lęku przed własną niezdolnością do zadbania o siebie. By uniknąć bycia samemu, zaczynają łączyć się z innymi, nawet jeśli inne osoby nie są zainteresowane ani zaangażowane w relację. Gdy bliższe relacje się kończą (zerwanie z partnerem, śmierć opiekuna), osoby zależne pilnie poszukują innej relacji, która dostarczy im potrzebnej opieki i wsparcia. Ich przekonanie, że są niezdolni do funkcjonowania poza bliską relacją, motywuje ich do szybkiego i na oślep przywiązania do innej osoby. Osoby z omawianym zaburzeniem często cierpią na lęk przed tym, że zostaną pozostawione bez wsparcia i będą same musiały troszczyć się o siebie. Postrzegają siebie jako całkowicie zależnych od pomocy i rad ważnych innych oraz martwią się, że zostaną przez nich opuszczeni. Lęki te są nadmierne i nierealistyczne. Symptomy osobowości zależnej opisane w DSM odzwierciedlają charakterystyczne dla tych pacjentów wzorce funkcjonowania w różnych sferach (Sperry, 2003, 2006; Bornstein, 1997, 2005, 2012).

- Styl behawioralny: uległość, brak pewności siebie i asertywności, zasadniczo bierność, ale także aktywne, nawet agresywne zachowanie w przypadku zagrożenia ważnej relacji. Style autoprezentacji są zróżnicowane (niektóre aktywne, inne pasywne), ale mają jeden cel – wzmocnienie więzi z potencjalnym opiekunem. Należą do nich strategie wywołujące w różny sposób wsparcie ze strony innych: ingracja (wzbudzając wdzięczność opiekuna), błaganie (wydają się wrażliwi i bezradni), egzemplifikacja

(ilustrowanie przykładami w celu wykorzystania poczucia winy opiekuna), autopromocja (podkreślanie osobistej wartości lub dokonań), zastraszanie (przestraszenie i kontrolowanie opiekuna).

- Styl interpersonalny: tendencja do zadowalania innych, poświęcania się, dostosowywania, lgnięcia do innych; stałe wymagania zapewnienia ze strony innych, oczekiwanie, że inni przejmą odpowiedzialność. Poszukiwanie pomocy, aprobaty, porad i poczucia bezpieczeństwa.

- Styl poznawczy: sugestywność, z łatwością przyjmują tzw. postawę Polyanny, z powodu swojej naiwności są podatni na perswazję, a inni mogą ich łatwo wykorzystywać, tendencja do minimalizowania trudności, styl bezkrytyczny.

- Styl afektywny: niepewność, strach, lęk, obawa albo smutek, mogą być ponurzy i posępni. Brak poczucia bezpieczeństwa i pewności siebie, pochłonięci lękiem przed porzuceniem i dezaprobatą ze strony innych, w sytuacji samotności odczuwają znaczny dyskomfort.

- Wydarzenie wyzwalające dezadaptacyjną reakcję: przewidywanie sytuacji, w której osoba będzie musiała sama o siebie zadbać lub pozostanie sama.

14.2.3. Opis przypadku

Paulina, lat 27, zgłosiła się po pomoc psychologiczną z powodu długotrwałego stanu silnego niepokoju i lęku. Przyczyną tego stanu była niemożliwość podjęcia decyzji dotyczącej wyprowadzenia się wraz z mężem z domu rodziców.

Paulina jest najstarszym dzieckiem w rodzinie, ma młodszą o trzy lata siostrę. Wychowywana była przez dominującą i jednocześnie nadmiernie opiekuńczą matkę i raczej uległego wobec matki ojca. Od najmłodszych lat matka podejmowała decyzje co do ważniejszych spraw w życiu córki: wybrała szkołę średnią, kierunek studiów, a nawet wybierała dla niej koleżanki spośród dzieci własnych znajomych. Na każdą próbę samodzielnego wyboru ze strony córki, jeśli to był wybór, którego nie akceptowała, matka reagowała złością, którą okazywała nie wprost – poprzez niezadowolenie. Ponadto usilnie zachęcała do wybrania jej własnych propozycji w taki sposób, że córka nie mogła ich nie przyjąć. Z kolei te wybory córki, które matka akceptowała, spotykały się z jej aprobatą i pomocą w ich realizowaniu. W końcu córka była w stanie podjąć tylko te decyzje, które akceptowała jej matka.

Jej relacje z rówieśnikami, zarówno w dzieciństwie, jak i w okresie dorostania, ograniczały się do kontaktów z wybranymi przez matkę

dziećmi, zwykle dziewczynkami. Również matka zaaranżowała jej spotkanie z mężczyzną, który później został jej mężem. Ani ona, ani jej mąż nie byli nigdy wcześniej w związku z płcią przeciwną. Po dwóch latach znajomości wzięli ślub i zamieszkali w domu rodziców Pauliny. Mimo wyraźnego podziału domu na dwie osobne części dla obu rodzin, około rok po ślubie zaczął narastać konflikt pomiędzy mężem a jej rodzicami związany z nadmiernym angażowaniem się rodziców kobiety w życie młodego małżeństwa. Kobieta unikała zajmowania jednoznacznego stanowiska w tej sprawie. W piątym roku małżeństwa mąż zaproponował wyprowadzenie się z domu rodziców, a jej pozostawił ostateczną decyzję. Z tą decyzją związany był stan silnego lęku i niepokoju kobiety, nie była ona w stanie podjąć żadnej decyzji: ani o pozostaniu w domu rodziców, ani o zmianie mieszkania. Pojawił się u niej konflikt pomiędzy wyborem akceptowanym przez matkę a wyborem akceptowanym przez męża. Jej niepokój koncentrował się wokół braku kontaktu z matką, a właściwie braku stałego potwierdzenia podejmowanych przez nią codziennych decyzji. Jej obawy potęgowały myśli o posiadaniu dziecka, co od dłuższego czasu było pragnieniem jej męża. Była przekonana, że tylko jej matka jest w stanie obdarzyć właściwą opieką jej własne dziecko, o sobie jako matce dającej wsparcie i opiekę myślała z przerażeniem. Wyprowadzenie się z domu rodzinnego łączyła z brakiem pomocy i opieki dla siebie (i przyszłego dziecka) ze strony matki, z kolei pozostanie w domu było równoznaczne z postępowaniem wbrew woli męża. Konflikt ten spowodował u Pauliny stan impasu w zakresie decyzji, któremu towarzyszył silny długo utrzymujący się lęk i spowodował zwrócenie się po pomoc psychologiczną.

14.2.4. Współwystępowanie i diagnoza różnicowa

W diagnozowaniu osobowości zależnej istotne jest uwzględnienie wieku osoby i czynników społeczno-kulturowych (DSM, 2000). Normy kulturowe różnych społeczeństw w mniejszym lub większym stopniu zachęcają do zachowań charakteryzowanych jako zależne, dlatego też zachowania zależne powinny być uważane za przejaw zaburzenia osobowości jedynie wtedy, gdy wyraźnie odbiegają od normy. Podobną rolę odgrywa wiek – u dzieci i dorastających zachowania zależne są w wielu przypadkach właściwe dla etapu ich rozwoju, stąd osobowość zależną należy w tej grupie diagnozować z dużą ostrożnością. Jeśli chodzi o płeć – kobiety istotnie częściej niż mężczyźni uzyskują diagnozę osobowości zależnej (Bornstein, 1997). Co do tej kwestii uzyskiwano rozbieżne wyniki badań, niektóre wskazywały nawet na 2,5 razy częstsze występowanie osobowości zależnej u kobiet, ba-

zując na diagnozie według DSM, inne stosujące standaryzowane wywiady i metody samoopisowe nie potwierdzały tych wniosków (Dowson, Grounds, 1995). Metaanaliza rezultatów ośmiu niezależnych badań ujawniła, że diagnozę ZZO stawiano u 8% mężczyzn i 11% kobiet, różnica ta jest statystycznie istotna (Bornstein, 1997, 2005). Obserwacje kliniczne dowodzą, że u kobiet zależność często przyjmuje formę uległości, podczas gdy mężczyźni, często autokratyczni na pierwszym planie, są zależni od innych osób (żon, partnerek, w pracy – asystentek) w zakresie podstawowych zajęć, których nie są w stanie wykonać (Sperry, 2003).

Osobowość zależna często współwystępuje z wieloma zaburzeniami z Osi I: zaburzeniami nastroju, głównie dużą depresją oraz zaburzeniami lękowymi: fobiami (głównie agorafobią i fobią społeczną oraz paniką, szczególnie w postaci z agorafobią) (por. przegląd w: Bornstein, 2005). Związek z depresją interpretowany jest w kategoriach podatności: potrzeby zależnościowe predysponują do depresji w sytuacji interpersonalnego stresu czy konfliktu w relacjach. Z kolei siła związku pomiędzy zaburzeniami lękowymi a osobowością zależną zwykle w badaniach osiąga średni poziom, jednak nie ma jednego wzorca wyjaśniania tych związków. Leczenie np. fobii społecznej uwzględniające współwystępujące z fobią zaburzenie osobowości zależnej okazało się skuteczne także dla zmniejszenia nasilenia tego zaburzenia, przy czym dla ZZO poznawcza terapia wykazywała większą skuteczność niż terapia interpersonalna (Borge i in., 2010). Dość duży odsetek osób z paniką zwłaszcza postaci z agorafobią posiada cechy osobowości zależnej (Tyrer, 2005). U osób z ZZO występują często somatyzacje i skłonność do chorób somatycznych, przy czym opieka medyczna może stać się głównym źródłem wsparcia (Dowson, Grounds, 1995).

W związku z hipotezą o znaczeniu oralności dla genezy ZZO szczególnie badane było współwystępowanie ZZO z zaburzeniami jedzenia. Okazało się, że istnieje pozytywna relacja (współczynniki korelacji $r = .25$) pomiędzy poziomem ZZO a anoreksją i bulimią, ale relacja ta nie jest specyficzna, ponieważ wśród osób z zaburzeniami jedzenia równie często, a nawet częściej, występują inne zaburzenia osobowości (Bornstein, 2001). Na przykład średnio w badaniach nad anoreksją (typ restrykcyjny) osobowość zależna występowała u 10,8% pacjentów, a osobowość unikająca u 19%, obsesyjno-kompulsyjna 21,5%, natomiast w bulimii ZZO zdarzała się już u 20,3% pacjentów, w porównaniu z osobowością *borderline* 28,4%, a w unikającej u 21% (Sansone, Levitt, 2006). Choć DSM wylicza tylko trzy zaburzenia osobowości z Osi II jako współwystępujące z ZZO (*borderline*, unikająca i histrioniczne), to wyniki badań wskazują, że ZZO jest pozytywnie związane z większością zaburzeń z Osi II, w takim samym stopniu z zaburzeniami z wiązki C, co z A i B, a siła tych związków umiarkowana (Bornstein, 2005).

14.3. Osobowość zależna – koncepcje wyjaśniające

Kluczową kwestią w teoretycznych modelach zależności jest wyjaśnienie, w jaki sposób naturalna zależność, która jest fundamentem rozwoju, utrwała się, staje się nieadaptacyjna i dysfunkcyjna. Jako znaczący w kształtowaniu i umacnianiu patologicznej zależności wskazuje się m.in. mechanizm wyuczonej bezradności – uogólniane oczekiwanie dotyczące braku zależności pomiędzy własnymi reakcjami a wzmocnieniami (Bornstein, 2005; Overmier, 2002; por. Górską, 2004). Z kolei koncepcja przywiązania lokuje ZZO w kategoriach pozabezpiecznego stylu przywiązania, głównie lękowego nadmiernie zaabsorbowanego, charakteryzującego się poczuciem własnej bezwartościowości i pozytywnym ocenianiem innych oraz nadmierną tendencją do definiowania siebie przez pryzmat informacji z zewnątrz (Sperry, 2003). W tym typie przywiązania występują silne lęki przed porzuceniem oraz znaczna emocjonalna potrzeba bezpiecznej relacji przejawiająca się lgnięciem do partnera, przyjaciół, członków rodziny (Widiger, Bornstein, 2002). Behawioralny wzorzec związany z przywiązaniem to realizacja przemożnych impulsów motywujących do kompulsyjnego poszukiwania pomocy ze strony innych ważnych, czasem także gniewne wycofanie oraz próba przywiązania innych poprzez wyolbrzymianie swojej nadwrażliwości (Pincus, Wilson, 2001). Poniżej zostanie zaprezentowane rozumienie ZZO w paradygmacie poznawczym, psychodynamicznym oraz integracyjna propozycja Bornsteina.

14.3.1. Poznawcza konceptualizacja osobowości zależnej

Poznawcze modele patologicznej zależności koncentrują się na dezadaptacyjnych strukturach poznawczych i procesach przetwarzania informacji, które podtrzymują zachowania zależne. Profil poznawczy ZZO tworzą poznawczo-afektywno-behawioralne schematy, których treścią jest poszukiwanie wspierających relacji w kompensacji wobec obrazu siebie jako słabego i potrzebującego pomocy, wraz ze strategiami służącymi realizacji tego celu.

Treścią nieadaptacyjnych schematów u osób z ZZO są dwa podstawowe przekonania. Pierwsze z nich to przekonanie kluczowe dotyczące poczucia kompetencji. Osoby zależne mają poczucie całkowitego braku kompetencji, bezradności i bezbronności, czują się pozbawione jakiejkolwiek wartości, niezdolne do poradzenia sobie w nawet w najprostszej sytuacji. Przekonania te wyrażane są w formie stwierdzeń: „jestem zupełnie bezradna”, „do niczego się nie nadaję”, „jestem głupi”. Przekonaniu o niekompetencji to-

warzyszy przekonanie warunkowe, kompensacyjne wobec kluczowego, że tylko relacja oparta na całkowitej zależności jest jedynym sposobem na rozwiązanie różnorodnych dylematów czy poradzenie sobie z codziennymi trudnościami (Beck i Freeman, 1990; Beck i in. 2003). Treścią przekonania warunkowego jest więc konieczność polegania na kimś, kto jest silniejszy, zaopiekuje się, pomoże i ochroni osobę zależną, zapewni jej przetrwanie i szczęście. Przykładowe przekonania warunkowe mogą przyjmować postać założeń: „mogę funkcjonować tylko wtedy, gdy ktoś (kompetentny) jest obok mnie”, „jeśli jestem sama, nie poradzę sobie”, „mogę być szczęśliwy tylko wtedy, gdy ona jest przy mnie”, zasad: „podporządkuj się i usługuj mu, aby go przywiązać”, „nie obrażaj opiekuna”, „trzymaj się blisko” oraz postaw: „samotność jest straszna”, „związek jest największą wartością”.

Przekonania kluczowe i pośredniczące pośrednio manifestowane są przez automatyczne myśli, które mogą przybierać różne formy, odzwierciedlające poczucie braku kompetencji, zwykle zawierają stwierdzenia typu: „nie poradzę sobie sam”, „rozpadnę się, pogrążę się całkowicie, jeśli ktoś mi nie pomoże” (Bornstein, 2005). Myślom automatycznym związanym z zależnością towarzyszą negatywne deprecjonujące wewnętrzne monologi (*self-statements*), podczas których osoba zależna szczegółowo rozważa różne przyczyny (prawdziwe albo wyimaginowane) swojego postrzeganego braku kompetencji i umiejętności (Overholser, 1987). Ewolucyjnie ukształtowane strategie w przypadku osobowości zależnej przyjęły formę podtrzymywania i pielęgnowania relacji opartej na zależności. Osoba taka jest skłonna podporządkować się komuś, kto pełni funkcję opiekuna, pragnie go zadowalać, uszczęśliwiać, a w sytuacji potencjalnego konfliktu próbuje go zjednać, rezygnując z własnych opinii, autonomicznych zachowań czy realizacji potrzeb. Zachowanie wynikające z tej podstawowej strategii ma oczywiście charakter kompensacyjny wobec kluczowego przekonania o niekompetencji. Przywiązanie i poszukiwanie pomocy są więc strategiami nadmiernie rozwiniętymi u ZZO, natomiast niewystarczająco rozwinęły się takie wzorce zachowań jak samowystarczalność i mobilność (Beck i in. 2003).

Konsekwencje i koszty funkcjonowania takich przekonań oraz strategii podtrzymywania relacji za wszelką cenę są trojaki. Po pierwsze osoba zależna ceduje na innych odpowiedzialność, podejmowanie decyzji, inicjatywę, rozwiązywanie problemów i radzenie sobie z trudnościami. W ten sposób pozbawia się możliwości uczenia się i ćwiczenia umiejętności związanych z asertywnością i autonomią. Po drugie ogromny wysiłek musi włożyć w podtrzymywanie relacji zależności, co w wydaniu osoby z ZZO oznacza unikanie wszelkich konfliktów, podporządkowanie swoich potrzeb, rezygnację z wyrażania własnych myśli, pragnień czy opinii, które nie byłyby zbieżne z opiniami drugiej osoby. Po trzecie, ponieważ dla wielu osób

wchodzących w relacje z osobą zależną, długotrwały związek jest bardzo wyczerpujący i wcześniej czy później kończy się, osoba zależna wciąż musi walczyć z lękiem przed porzuceniem i opuszczeniem, jeśli przywierająca relacja ma się ku końcowi.

Obraz siebie u osób z ZZO celnie opisują następujące charakterystyki: niekompetentny, bezradny, bezbronny, słaby, nieadekwatny i dlatego potrzebujący pomocy. Z kolei obraz innych, zwłaszcza osoby w roli „opiekuna”, jest komplementarny do obrazu siebie: opiekun jest silny, kompetentny, pomagający, w znacznym stopniu idealizowany. Wspiera osobę zależną w świecie zimnym, zbyt niebezpiecznym, by radzić z nim sobie samemu (obraz świata).

W procesie przetwarzania informacji u osób zależnych występują formalne błędy w myśleniu, które podtrzymują i utrwalają przekonania kluczowe i warunkowe, głównie w obszarze wizji siebie i świata. Zniekształcenia poznawcze stosowane przez tę grupę pacjentów to przede wszystkim dychotomizacja i katastrofizacja oraz błędy atrybucji (Beck i in. 2003; Bornstein, 2005). Treści, które podlegają zniekształceniu, dotyczą własnych kompetencji, relacji, a w szczególności dymensji „zależność – niezależność”. Dychotomizacja jest błędem polegającym na przyjęciu jednej z dwóch skrajnych postaw, bez możliwości wystąpienia stanów pośrednich. Osoby zależne są przekonane, że mogą być albo zależne i bezbronne, albo niezależne i całkowicie samotne. Nie są w stanie wziąć pod uwagę sytuacji choćby niewielkiej własnej niezależności, w ramach której mogliby wyrazić autonomiczną opinię i jednocześnie nie narazić się na ryzyko porzucenia. „Jeśli nie będę kochany, to zawsze będę nieszczęśliwy”. Tendencyjność w myśleniu w postaci dychotomizacji występuje także w obrębie poczucia swoich możliwości, osoby z ZZO często twierdzą, że „nic nie robią dobrze”, „nic im się nie udaje”, „oni są niekompetentni, a opiekunowie kompetentni”. Kolejnym zniekształceniem jest katastrofizacja, czyli katastroficzna wizja przyszłości, przede wszystkim relacji z osobą „opiekuna”. Zagrożenie rozstaniem jest interpretowane w czarnych barwach: „rozpad związku to znacznie więcej niż rozpad związku, to totalna katastrofa”. Katastrofizacja obejmuje także treści związane ze schematem niekompetencji: „nigdy nie będę w stanie tego zrobić”, „nie mogę”, „jestem zbyt głupi”. Osoby zależne popełniają także błędy atrybucji (Bornstein, 2005), klasyczne samoudaremniające błędy atrybucji związane z wyuczoną bezradnością. Przypisują porażki czynnikom wewnętrznym (dyspozycjom), a sukcesy czynnikom zewnętrznym (sytuacyjnym). W rezultacie czują się winni i zawstydzeni w związku z każdą spostrzeganą porażką, nie mogąc czerpać ani przyjemności, ani dumy z powodu sukcesu.

Bodźcem aktywującym dezadaptacyjne przekonania, strategie i uczucia u osoby zależnej są przede wszystkim sytuacje zagrożenia opuszczeniem przez bliską osobę lub rzeczywistego końca związku. Także sytuacje, w których osobom zależnym stawiane są wymagania, mogą aktywować nieadaptacyjne schematy, wywoływać myśli automatyczne, wzbudzać uczucia bezsilności, dalej strategie przywierania do innych oraz wpływać na proces przetwarzania informacji (Sperry, 2005). Uważa się, że źródłem zaburzeń osobowości są czynniki biologiczne/temperamentalne w połączeniu z oddziaływaniami społecznymi (zarówno rodzinnymi, jak i kulturowymi). W przypadku ZZO podatność temperamentalna nie jest aż tak znacząca jak np. w osobowości *borderline*, a dotyczy przede wszystkim trudności w regulacji lęku (Sperry, 2003).

14.3.2. Rozumienie zależności w teorii schematów Jeffreya Younga

W swojej teorii schematów Young (Young, Klosko, 2003, Arntz, 2012) wskazuje, że osobowość zależna związana jest z wczesnym schematem zależności / niekompetencji, który wraz z innymi schematami należy do szerszej kategorii „Uszkodzenie autonomii i sprawności”. Ukształtowanie się tych schematów wynika z wikłającego oddziaływania rodziców, podważania wiary dziecka w siebie, nadopiekuńczości i porażki w wymaganiu kompetentnych zachowań poza rodziną. Treścią schematu zależności jest przekonanie osoby, że jest ona niezdolna do ponoszenia odpowiedzialności w codziennych sytuacjach w kompetentny sposób, bez znaczącej pomocy ze strony innych (zadbania o siebie, rozwiązywania codziennych problemów, wydawania opinii, zmagania się z nowymi zadaniami, podejmowania decyzji). Często prezentują bezradność (Rafaeli i in., 2011). Dezadaptacyjne schematy związane z zaburzeniem osobowości zależnej to: posiadanie defektu – przekonanie, że się jest „wadliwym”, złym, niechcianym i gorszym z ważnych powodów; zależność – przekonanie, że jest się niezdolnym do kompetentnego wypełniania codziennych obowiązków bez znaczącej pomocy ze strony innych, poszukiwanie aprobaty – przekonanie, że się musi cały czas zabiegać o aprobatę i dopasowywać się kosztem rozwoju prawdziwego poczucia *self* i samopoświęcanie – przekonanie, że się musi wychodzić naprzeciw potrzebom innych kosztem zaspokojenia swoich potrzeb (Sperry, 2003). Taki obraz siebie występuje głównie wtedy, kiedy podstawowym sposobem radzenia sobie z dezadaptacyjnym schematem w ZZO jest poddanie – uleganie schematowi zależności.

Głównym trybem spośród trybów schematów używanych przez osoby zależne jest tryb „Uległego poddanego”: stosują się do wymagań innych, poddają czyimś poleceniom, ulegają opiniom innych. Istnienie tego trybu związane jest z internalizacją karzących reakcji rodziców, zwłaszcza odnoszących się do prób realizowania autonomii. Oprócz tego często aktywowany jest tryb „Zależnego dziecka”, w którym pacjenci czują się przytłoczeni wymaganiami dorosłego życia i mogą doświadczać paniki i rozpacz, gdy ważne dla nich osoby nie są dostępne lub nie oferują prostych rozwiązań. Z trybem zależnego dziecka czasem naprzemiennie występuje tryb „Porzuczonego/krzywdzonego dziecka”, głównie ujawniający się jako poczucie opuszczenia lub lęk przed porzuceniem, albo doświadczenie emocjonalnego nadużycia. Tryb zdrowego dorosłego jest bardzo słaby w osobowości zależnej (Arntz, 2012).

14.3.3. Klasyczna teoria psychoanalityczna: oralność i „poza oralnością”

Klasyczna psychoanaliza łączy zależność z wydarzeniami oralnej fazy rozwoju (Freud, 1905/1953). Doświadczenie frustracji albo nadmiernej gratyfikacji w okresie karmienia i odstawiania od piersi prowadzi do fiksacji oralnej i powoduje nierozwiązanie zadań rozwojowych tej fazy, np. konfliktu „zależność – niezależność”. Klasyczna teoria psychoanalityczna zakłada, że osoba, u której doszło do fiksacji w fazie oralnej, jest zależna od innych w zakresie opieki, zdobywania ochrony i wsparcia oraz że w dorosłym życiu przejawia zachowania wywodzące się z oralnej fazy rozwoju, np. zaabsorbowanie czynnościami związanymi z ustami, strategie radzenia sobie z lękiem poprzez jedzenie (Bornstein, 1996, 2005).

Istnieją przynajmniej trzy hipotezy związku pomiędzy oralnością a zależnością (Bornstein, 1996, 2005). Według pierwszej z nich wysoki poziom zależności ma swoje źródła w doświadczeniach okresu karmienia i odstawiania od piersi: frustracji (np. sztywny plan karmienia lub nagłe odstawienie od piersi) albo nadmiernej gratyfikacji (np. zbyt długi okres karmienia). Z kolei druga z hipotez zakłada, że osoby cechujące się wysokim poziomem zależności są zaabsorbowane czynnościami związanymi z ustami i jedzeniem, przejawiają różnego typu zachowania oralne, np. ssanie kciuka, gryzanie paznokci. W końcu trzecia z hipotez przewiduje, że u osób z wysokim poziomem zależności będą częściej rozpoznawane zaburzenia psychiczne z silnym komponentem oralnym, np. alkoholizm, otyłość, zaburzenia jedzenia (anoreksja i bulimia), uzależnienie od nikotyny.

Bornstein (1996) dokonał przeglądu badań weryfikujących powyższe hipotezy dotyczące relacji pomiędzy oralnością a zależnością. Badania doświadczeń karmienia i odstawiania od piersi niemowlęcia jako predyktorów późniejszej zależności opierały się głównie na raportach matek, które porównywano z poziomem zależności mierzonym metodami projekcyjnymi, obiektywnymi, obserwacyjnymi albo bazującymi na wywiadzie. Zasadniczo hipotezy koncentrowały się wokół twierdzenia, że nadmierna potrzeba zależności jest efektem: a) albo bardzo krótkiego (frustracja) albo bardzo długiego (nadmierna gratyfikacja) okresu karmienia, b) sztywnego (w opozycji do elastycznego) planu karmienia, c) karmienia butelką raczej niż karmienia piersią, d) dotkliwego (nagłego) odstawienia od piersi. Badania te według Bornsteina nie dostarczyły wystarczającego potwierdzenia dla powyższych hipotez, przy czym poważnym ograniczeniem dla tych rezultatów jest metoda badania doświadczeń z okresu karmienia za pomocą wywiadów z matkami, a nie poprzez obserwację aktualnych zdarzeń.

Z kolei hipoteza o relacji pomiędzy zaabsorbowaniem czynnościami związanymi z ustami i jedzeniem a zależnością testowana była poprzez badania, w których do zachowań oralnych zaliczono: ssanie kciuka, ogryzanie paznokci, ogryzanie ołówka, przejawianie „bezcelowych ruchów ust”, preferowanie seksu oralnego, granie na instrumencie dętym w orkiestrze szkolnej raczej niż na innych rodzajach instrumentów. Jedyna statystycznie znacząca relacja potwierdzona w badaniach to relacja pomiędzy częstością ogryzania ołówka a poziomem zależności, choć i tak była ona niewielka (Kline, Storey, 1980, za: Bornstein, 1996). W pozostałych badaniach nie potwierdzono powyższych hipotez. Co więcej, pojawiły się hipotezy, że relacja między oralnością a zależnością może być upośredniona przez trzeci czynnik, jakim jest niedojrzałość (Masling, 1986, za: Bornstein, 1996).

Z hipotez o relacji pomiędzy zależnością a oralną psychopatologią jedynie istotna statystycznie okazała się relacja pomiędzy poziomem zależności a poziomem uzależnienia od nikotyny, przy czym poziom zależności okazał się dobrym predyktorem później podejmowanej czynności palenia i jej częstości (Bornstein, 1996). Wyniki te według Bornsteina mogą być interpretowane również w inny sposób, mianowicie że osoby zależne mogą być bardziej podatne na sugestie społeczną, a w związku z tym ulegają naciskowi ze strony rówieśników zachęcających do palenia w okresie dorastania. W badaniach nad związkiem między alkoholizmem a zależnością stwierdzono, że to raczej zależność wpływa na uzależnienie od alkoholu. Badania weryfikujące hipotezę o relacji między otyłością a zależnością dały także zróżnicowane rezultaty, przy czym w wielu z nich nie diagnozowano ogólnego poziomu psychopatologii, który mógł fałszywie zwiększać wyniki wskazujące na potwierdzenie danej hipotezy. Natomiast badania nad związkiem

zależności a zaburzeniami jedzenia generalnie wskazują, że osoby anorektyczne i bulimiczne uzyskują częściej diagnozę ZZO, ale także równie często spełniają kryteria DSM-III dla osobowości unikającej, *borderline*, histerycznej i obsesyjno-kompulsyjnej.

Bornstein (1996) twierdzi, że większość badań nad relacją zależności i oralności nie potwierdza wynikających z tej relacji hipotez lub przecenia stopień, w jakim zależność jest rzeczywiście związana z oralnym zachowaniem lub oralną psychopatologią. Jednocześnie stoi na stanowisku (Bornstein, 2005), że błędem byłoby odrzucanie psychoanalitycznego modelu zależności, choć nie z powodu założeń o fiksacji oralnej, ale koncentracji na nieświadomych determinantach zależności. Odróżnienie nieświadomych potrzeb zależności od świadomych pragnień zależnościowych jest bowiem kluczowe dla rozumienia złożonej intrapsychicznej i interpersonalnej dynamiki zależności.

14.3.4. Teorie relacji z obiektem

Teorie relacji z obiektem koncentrują się na dynamice utrwalonych wzorców relacji, które podtrzymują zachowania zależne, przenoszą więc akcent z frustracji oralnych potrzeb na zależnościowy aspekt relacji, zarówno zewnętrznych w aktualnych związkach z innymi ludźmi, jak i wewnętrznych reprezentacji relacji (Kernberg, 1976). Kernberg uważa ZZO za relatywnie dobrze funkcjonującą i, odnosząc się do organizacji struktury osobowości, klasyfikuje ją na wysokim poziomie organizacji osobowości *borderline* (Caligor i in., 2007).

ZZO ukształtowało się w związku z fiksacją w okresie różnicowania reprezentacji *self* od reprezentacji obiektu. Fiksacja ta skutkuje nierozwiązanym konfliktem pomiędzy zależnością i autonomią, co odzwierciedla się w zaburzonej strukturze osobowości spełniającej kryteria organizacji *borderline* wyższego poziomu. U osób z patologiczną zależnością dominują nieświadome konflikty diadyczne, preedypalne, odnoszące się do relacji z rodzicem jako opiekunem, w przeciwieństwie do relacji z parą rodzicielską, a ich treścią jest zależność i odpowiedzialność. Ponieważ konflikty diadyczne i triangularne są zwykle skondensowane i jedne mogą znosić działanie drugich, konflikty wokół zależności mogą powodować trudności w rozwiązywaniu późniejszych konfliktów triangularnych i sytuacji edypalnej. Doświadczanie diadycznych konfliktów służy unikaniu treści edypalnych, np. lęku związanego z rywalizacją i współzawodnictwem. Osoby z ZZO raczej nie ujawniają tego typu pragnień, głęboko je skrywając lub są ich nieświadomi.

W związku z fikcją u schyłku etapu różnicowania reprezentacji *self* i obiektu, tożsamość osoby zależnej jest wstępnie zintegrowana, jednak występuje łagodna postać dyfuzji tożsamości. Postrzeganie innych może zmieniać się od doświadczania innych jako zaspakajających pragnienia zależności do przeżywania ich jako opuszczających i porzucających, co odzwierciedla brak całkowitej integracji w obrębie relacji z obiektem. Reprezentacje *self* są jednowymiarowe, w pewnym stopniu niestabilne i pofragmentowane, dominuje poczucie bycia potrzebującym i nieefektywnym. Każda wersja *self* autonomicznego budzi lęk przed porzuceniem ze strony obiektu, który w przeżyciu pacjenta oczekuje wyłącznie uległości i podporządkowania.

Brak całościowej integracji tożsamości wynika z dominacji prymitywnych mechanizmów obronnych, w tym rozszczepienia odpowiedzialnego za jednowymiarowe wersje doświadczania siebie i innych. W strukturze osobowości zależnej widoczna jest głównie idealizacja pełnych mocy znaczących innych połączona z dewaluacją siebie, wspierające mechanizm rozszczepienia.

Zinternalizowane wzorce relacje z obiektem, które reprezentują obszary konfliktu są aktywnie utrzymywane poza świadomością i odłączone od świadomego doświadczenia. Osoba w sztywny sposób musi stosować obronę przed świadomymi i nieświadomymi aspektami tego konfliktu. W związku z tym dominująca reprezentacja relacji „*self* – obiekt” jest jednowymiarowa, w niewielkim stopniu złożona i zróżnicowana i związana z intensywnym afektem, także niezbyt zróżnicowanym. *Self* jest słabe i bezradne, oczekujące pomocy, wsparcia w relacji do idealizowanego, onnipotentnego wspierającego obiektu. W tym obszarze występuje niezdolność do ambiwalencji, czyli tolerowania świadomości skonfliktowanych motywacji zależności i niezależności w relacji z tym samym obiektem. Pragnienia zależności nie mogą być reprezentowane w tej samej relacji co pragnienia niezależności, które zwykle są odłączone od świadomego doświadczenia. Reprezentacje te mogą być mało subtelne i niezbyt realistyczne. Obiekty nie są w percepcji osoby zależnej zintegrowane w obszarze zależności, tzn. osoby zależne nie przypisują więcej niż jednej motywacji obiektom wewnętrznym w pojedynczej zaktualizowanej relacji (np. w relacji przywierającej mogą być zaskoczone poszukiwaniem samotności czy odmową wsparcia przez partnera). Wynikający z takich relacji z obiektem styl interpersonalny osób zależnych to przede wszystkim ingracja, uległość i przywieranie do innych. Ton afektywny w relacji przeważający u ZZO to niepokój, jego treścią jest przede wszystkim lęk przed opuszczeniem oraz lęk i smutek występujący wtedy, gdy relacje się kończą. Charakterystyka tego lęku odpowiada lękom separacyjnym (Caligor i in., 2007).

W podejściach wyjaśniających mechanizmy w ZZO często pomijany jest aspekt agresji, a uwypuklany zależności wobec opiekuna. Gabbard (2005) zauważa, że u podłoża poszukiwania opieki ze strony innych leży niepokój, który często maskuje agresję. Dlatego przywieranie do innej osoby może być także rozumiane jako formacja kompromisowa, obronna wobec wrogości, jednocześnie pozwalająca na jej wyrażenie. Ponadto o agresji zawartej w zależności świadczy również siła tych pragnień, niejednokrotnie zawłaszczających, wyczerpujących i męczących w percepcji innych.

14.3.5. Integracyjny model Roberta Bornsteina

Bornstein w swoim modelu integruje założenia teorii relacji z obiektem, teorii więzi, koncepcji *self* i badań nad rozwojem poznawczym (por. Górską, 2004). Według niego kształtowanie się zależności zdeterminowane jest dwoma czynnikami: autorytarnym i/lub nadopiekuńczym rodzicielstwem oraz typem socjalizacji związanej z rolami płciowymi. Różnice w zakresie autorytarnego lub nadmiernie opiekuńczego stylu rodzicielstwa odzwierciedlają specyficzny dla rodziny wpływ na kształtowanie się zależności, podczas gdy typ socjalizacji związanej z rolami płciowymi związany jest z szerszym kulturowym oddziaływaniem na formowanie zależności (Bornstein, Bowen, 1995). Nadmiernie opiekuńczy czy autorytarni rodzice nie pozwalają na rozwój poczucia mocy i autonomii dziecka, co w konsekwencji prowadzi do niezdolności do niezależnego funkcjonowania. Zarówno dzieci rodziców autorytarnych, jak i nadopiekuńczych spostrzegają siebie jako słabych i bezradnych, choć ukształtowanie zależnościowej koncepcji siebie jest szczególnie prawdopodobne, gdy rodzice przejawiają obie te cechy jednocześnie. Nadopiekuńczość i autorytaryzm rodziców odgrywają kluczową rolę w konstruowaniu reprezentacji siebie jako bezradnego i nieefektywnego. Mają także wpływ na rodzaj nawiązywanych relacji interpersonalnych i sposób funkcjonowania w tej relacji, gdyż wcześniejsze doświadczenia z rodzicami determinują oczekiwania co do wszystkich przyszłych relacji. Z nadmierną opiekuńczością wiążą się oczekiwania na otrzymywanie opieki ze strony innych znaczących, z autorytaryzmem – przekonanie, że sposobem na utrzymanie ważnej relacji jest zgoda na ich prośby i wymagania. Jest prawdopodobne, że pewne zmienne temperamentalne charakterystyczne dla dziecka jak zdolność do przystosowania odgrywają rolę w wywoływaniu nadopiekuńczości czy autorytaryzmu ze strony rodziców, co może świadczyć o wzajemnym wpływie dzieci i rodziców na kształtowanie się zależności u dzieci (Bornstein, 1997).

Z kolei socjalizacja związana z rolami płciowymi prowadzi do rozwoju zależnościowej reprezentacji siebie częściej u dziewcząt niż u chłopców. Tradycyjna socjalizacja w tym zakresie zachęca dziewczynki do pasywności i uległości, które są cechami charakterystycznymi dla zależności. Oba rodzaje uwarunkowań są w pewnym stopniu zależne od siebie, gdyż proces socjalizacji w dużej mierze zachodzi w środowisku rodzinnym, stąd styl rodzicielstwa może być związany z rodzajem socjalizacji. Jak zauważyła Bornstein (1996), autorytarni rodzice częściej są zwolennikami tradycyjnej socjalizacji w zakresie ról płciowych. Ma to inne konsekwencje dla dziewcząt i chłopców: autorytarni rodzice wzmacniają zależnościowe zachowania dziewczynek, natomiast chłopców, zgodnie z tradycyjną socjalizacją, zachęcają do zachowań bardziej autonomicznych i niezależnych. Typ socjalizacji jest więc odpowiedzialny za różnice indywidualne w zakresie ról płciowych, czyli za wyższy poziom zależności u kobiet niż u mężczyzn. Związek typu socjalizacji i poziomu zależności nie jest jednak taki oczywisty, jeśli się bierze pod uwagę rodzaj metod badających poziom zależności (Bornstein i in., 1993).

Opisane uwarunkowania sprzyjają wykształceniu struktur poznawczych, w których dominują treści charakterystyczne dla zależnościowego obrazu „ja” i świata. Na zasadzie internalizacji kształtuje się zależnościowa reprezentacja „ja” wraz z przekonaniem o sobie i swojej nieudolności, którym towarzyszy przekonanie o sile i mocy innych, stanowiąc najistotniejsze ogniwo tego modelu. Dziecko nadmiernie opiekuńczych rodziców jest przekonane, że nie potrafi funkcjonować bez kierowania i ochrony innych, zwłaszcza osób, które pełnią rolę autorytetu. Ponieważ wczesne relacje „dziecko – rodzice” kształtują także oczekiwania co do przyszłych relacji i zachowań innych osób, nadopiekuńczość prowadzi osoby z ZZO do oczekiwań otrzymywania opieki ze strony innych. Z kolei rodzicielski autorytaryzm sprzyja przekonaniu, że jedynym sposobem utrzymania relacji jest podporządkowanie się pragnieniom i wymaganiom innych (Bornstein, 1992). Reprezentacja „ja” decyduje o całokształcie funkcjonowania osoby zależnej, wpływając na jej motywację, afekt i zachowanie. Przekonanie o sobie jako słabym i bezbronnyim stymuluje poszukiwanie wsparcia i ochrony, prowadzi do zwiększenia prawdopodobieństwa ich otrzymania poprzez odpowiednie zachowania, czemu towarzyszy silny lęk przed porzuceniem i negatywną oceną. Pomiędzy poszczególnymi komponentami syndromu zależności zachodzą procesy sprzężenia zwrotnego, w których szczególną rolę, tak jak w całej dynamice zależności odgrywa komponent afektywny, np. pojawienie się w odpowiedzi na jakieś zdarzenie uczuć zależnościowych prowadzi do wzrostu motywacji zależnościowej (sprzężenie zwrotne typu: afekt – motywacja), częstszego występowania zachowań zależnych (afekt – zachowanie) oraz wzmocnienia poczucia i przekonania

o własnej nieefektywności (afekt – poznanie). Model ten ma więc charakter interakcyjny, pozwala w pełni rozumieć i przewidywać zachowania osób zależnych w różnych sytuacjach, lepiej niż podejścia oparte na strukturze cech (Bornstein, 1992). Podstawowe komponenty syndromu zależności przedstawione zostały w tabeli 14.3.

Tabela 14.3. Komponenty syndromu zależności

Komponent	Zachowania
Poznawczy	percepcja siebie jako bezsilnego i nieudolnego, której towarzyszy przekonanie, że inni są relatywnie silni i zdolni do kontrolowania sytuacji
Motywacyjny	znaczna potrzeba otrzymywania rad, wsparcia i aprobaty ze strony innych
Afektywny	tendencja do pojawiania się lęku lub niepokoju w obliczu konieczności niezależnego funkcjonowania, zwłaszcza lęk przed opuszczeniem połączony z lękiem przed negatywną oceną
Behawioralny	tendencja do poszukiwania pomocy, aprobaty, porad i poczucia bezpieczeństwa u innych oraz ulegania innym w relacjach interpersonalnych, tendencja do ujawniania zachowań, które wzmocnią więzi z potencjalnymi opiekunami

Opracowano na podstawie: Bornstein, 1992, 1996, 1998.

Szczególną uwagę w podejściu Bornsteina zwraca hipoteza o podstawowej motywacji zależnościowej, a właściwie jej teoretyczne implikacje. Ponieważ centralną motywacją w ZZO jest zdobycie i utrzymanie wspierającej relacji, model ten wyjaśnia zarówno związek: „zależność – pasywność”, jak i „zależność – aktywność”. Choć zwykle o zależności myśli się w kategoriach pasywności, okazuje się jednak, że w różnych kontekstach przejawiane są zarówno zachowania pasywne, jak i aktywne, np. uleganie presji grupowej, ale nie w przypadku gdy istnieje możliwość rozczerowania osoby obdarzonej autorytetem (Bornstein, 1992, 1995b). Osoba z ZZO może być zarówno pasywna, jak i aktywna, a czynnikiem decydującym o tym jest przekonanie o skuteczności takiej strategii autoprezentacji, która ma służyć umocnieniu więzi z innymi, zwłaszcza z autorytetami. Nie czynnik behawioralny (zachowanie pasywne lub aktywne) jest tutaj najistotniejszy, ale czynnik poznawczo-motywacyjny (przekonanie o skuteczności strategii i pragnienie silnych więzi interpersonalnych) (Bornstein, 1998). Bez względu na to, czy zachowanie ma charakter pasywny, czy aktywny, jest uznawane za zachowanie zależne, jeśli zaspakaja potrzebę bycia w takiej relacji. Bornstein (1996) zakłada, że hipoteza o silnej motywacji do funkcjonowania

w relacji wspierającej jako odbiorca zachowań opiekuńczych jest spójna z założeniem, że większy poziom zależności u swoich dzieci powodują nadopiekuńczy i autorytarni rodzice. Wczesne doświadczenia w rodzinie kształtują przekonanie o sobie jako bezradnym i słabym, co wpływa na potrzebę poszukiwania zaspakajającej relacji i przejawianie zachowań zależnych.

Długoterminowe konsekwencje syndromu zależności związane są z poziomem społecznych umiejętności oraz wrażliwością na wskazówki interpersonalne. Wrażliwość na werbalne i niewerbalne wskaźniki interpersonalne łączy się z silną motywacją osoby z ZZO do rozumienia zachowań, myśli i uczuć innych ludzi oraz pozwala na utrzymywanie relacji z potencjalnymi opiekunami (Bornstein, Bowen, 1995). Wysoki poziom jednych i drugich zwiększa szansę na zdobycie społecznego wsparcia oraz utrzymanie tych relacji, co minimalizuje poziom lęku i stresu. Ponieważ jednak funkcjonowanie w takiej relacji jest powtórzeniem wcześniejszej relacji „rodzic – dziecko”, partner relacji odgrywa w pewnym zakresie rolę autorytarnego i/lub nadopiekuńczego rodzica, co przede wszystkim prowadzi do utrwalenia zależności. Poza tym inne osoby służą osobie zależnej do redukcji stresu, a ich obecność wzmacnia koncepcję siebie jako bezradnej i wymagającej pomocy. Poleganie na innych w zakresie ochrony i wsparcia powoduje u osoby zależnej wzmocnienie przekonania o tym, że nie może funkcjonować bez ochrony i pomocy ze strony innych. Z kolei niższy poziom umiejętności społecznych oraz wrażliwości na wskazówki interpersonalne stwarza trudności w zdobyciu i utrzymaniu takiej relacji, co zwiększa poziom stresu i lęku. Ma to swoje konsekwencje w funkcjonowaniu psychologicznym i fizycznym: wzrasta ryzyko depresji oraz chorób związanych z układem odpornościowym. Paradoksalne jest to, że fizyczne lub psychiczne choroby wzmacniają koncepcję „ja” jako bezsilnego: przyjmowanie roli chorego wzmacnia obraz siebie jako zależnego od ochrony i opieki. Choć długoterminowe konsekwencje zależności są związane z różnicą w poziomie umiejętności społecznych i wrażliwości na wskazówki interpersonalne, to w gruncie rzeczy sprowadzają się do tego samego: wzmocnienia reprezentacji „ja” jako zależnego i bezradnego.

15

Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości

Marta Andrałojć, Michał Ziarko

15.1. Normalna i patologiczna sumienność

Na cechy obsesyjno-kompulsyjne (m.in. sumienność, skrupulatność czy zaangażowanie w pracę) można spojrzeć jak na rodzaj przystosowania życiowego, które niekoniecznie musi się wiązać z nadmiernym dyskomfortem jednostki. W kulturze zachodniej niektóre z nich mogą być wręcz uznane za adaptacyjne, tak jak np. nacisk na szczegóły, pracę i produktywność, dążenie do sprostania wysokim osobistym standardom czy perfekcjonizm (Haslam, 2011). Badania przeprowadzone na grupie lekarzy medycyny potwierdzają, że część z cech osobowości obsesyjno-kompulsyjnej przyczynia się do osiągnięcia sukcesu zawodowego (Gabbard, 1985, 2009). Zwłaszcza bezgraniczne oddanie pracy prowadzi do znaczących wyników także w pozostałych zawodach, w których wykonywaniu istotna jest drobiazgowość. Osobowość sumienna i zasadnicza są według Millona (Millon i in., 2005) mieszczącymi się w granicach normy odmianami osobowości obsesyjno-kompulsyjnej. Również Sperry (2003) proponuje, by o osobowości obsesyjno-kompulsyjnej myśleć jak o kontinuum, na którego krańcu zdrowia znajduje się styl osobowości obsesyjnej, a na krańcu patologii – obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości (OKZO). I tak np. osoba zdrowa o obsesyjno-kompulsyjnym stylu osobowości pragnie wykonywać swoje zadania bezbłędnie, natomiast perfekcjonizm osoby z zaburzeniem osobowości tego typu utrudnia bądź nawet uniemożliwia kończenie zadań (por.: Sperry, 2003, tab. 8.1, s. 172).

Othmer i Othmer (2002; za: Sperry, 2003) wskazują, że typowymi warunkami, w których wyzwalana czy aktywowana jest charakterystyczna dla OKZO dezadaptacyjna odpowiedź, są sytuacje związane z władzą i autorytetem, sytuacje nieustrukturyzowane i/lub wymagania związane z intymnymi, bliskimi relacjami. Jednak w życiu człowieka są pewne okresy, takie jak np. czas po narodzinach dziecka, w których osoby w innych okoliczno-

ściach normalne zachowują się i doświadczają w sposób nacechowany obsesyjnością i kompulsyjnością (Leckman i in., 1999). W takim przypadku nie można orzekać o zaburzeniu osobowości. Tym, co wyróżnia osobowość obsesyjno-kompulsyjną jako jednostkę chorobową, jest patologiczne natężenie przystosowawczych skądinąd cech, a dokładniej – dezadaptacyjna odmiana prawidłowej sumienności, będąca połączeniem związanych z sumiennością adaptacyjnych oraz dezadaptacyjnych właściwości funkcjonowania (Samuel i Widiger, 2011).

15.2. Cechy obsesyjno-kompulsyjnego zaburzenia osobowości

15.2.1. Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości w klasyfikacji nozologicznej: od ICD-10 do DSM-V

W klasyfikacji psychiatrycznej DSM-IV TR obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości wraz z unikowym oraz zależnym zaburzeniem osobowości tworzy wiązkę C (APA, 2000/2008). W wiązce tej najważniejsze są lęk i zahamowanie zachowania (Villemarette-Pittman i in., 2004). OKZO jest nieadaptacyjnym, choć w przeważającej części egosyntonicznym, wzorcem nadmiernego perfekcjonizmu i potrzeby kontroli tak przemożnej, że wpływającej na wszystkie obszary życia jednostki. Zaburzenie to charakteryzuje osiem cech osobowości: zaabsorbowanie szczegółami, perfekcjonizm, nadmierne poświęcenie pracy, hipermoralność, niezdolność pozbycia się niepotrzebnych przedmiotów, niezdolność delegowania zadań, skąpstwo oraz sztywność i upór (APA, 2000/2008). Szczegółowe kryteria diagnostyczne według DSM-IV TR przedstawiono w tabeli 15.1.

Osobowość obsesyjno-kompulsyjna bywa inaczej określana jako osobowość anankastyczna. Klasyfikacja ICD-10 (WHO, 1992/2000) definiuje ją jako wzorzec zdominowany podobną grupą cech (por. tab. 15.1), wyróżniając dodatkowo takie właściwości funkcjonowania, jak: nadmierne wątpliwości, pedanterię i konwencjonalność oraz pojawianie się natarczywych, niechcianych myśli bądź impulsów. Do rozpoznania zaburzenia konieczna jest obecność przynajmniej trzech cech lub zachowań wymienionych w opisie klinicznym.

W ostatnim czasie OKZO zostało zrekonceptualizowane w ramach prac nad podręcznikiem diagnostycznym DSM-V. Do opisu zaburzenia dodane zostały kryteria wskazujące na charakteryzujące te osoby trudności emocjonalne, mające swoje odbicie również w tworzonych przez nie bliskich związkach oraz na trudności w obszarze tożsamości osobistej. W nowym

ujęciu (APA, 2012) osiowymi objawami OKZO są nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania osobowościowego (w tym: funkcjonowania dotyczącego „ja” i interpersonalnego) oraz wykazywanie patologicznych cech osobowości. W DSM-V zaproponowano następujące kryteria, na podstawie których można postawić rozpoznanie OKZO.

Tabela 15.1. Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości w klasyfikacjach diagnostycznych DSM-IV TR i ICD-10

DSM-IV TR – obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości	ICD-10 – osobowość anankastyczna
Uogólniony wzór skoncentrowania się na porządkowaniu, skrupulatności oraz psychicznej i interpersonalnej kontroli kosztem elastyczności, otwartości i skuteczności – rozpoczynający się we wczesnym wieku dorosłym i obecny w różnych kontekstach, a wykazywany przez pięć (lub więcej) z następujących: 1) osoba koncentruje się na regułach, szczegółach, wykazach, porządku, organizacji lub planach do tego stopnia, że traci z oczu zasadniczy przedmiot aktywności; 2) ujawnia perfekcjonizm, który zakłóca wykonywanie zadania (np. nie potrafi zakończyć projektu, ponieważ nie spełnia własnych niezwykle ścisłych standardów); 3) przesadnie poświęcona pracy i produktywności aż do wykluczenia wypoczynku i przyjaźni (nie dotyczy oczywistej konieczności ekonomicznej); 4) przesadnie sumienna, skrupulatna i sztywna w sprawach moralności, etyki lub wartości (nie dotyczy identyfikacji kulturowej lub religijnej); 5) niezdolna do wyrzucenia zużytych lub bezwartościowych przedmiotów nawet wtedy, gdy nie mają żadnej wartości sentymentalnej; 6) odrzuca dzielenie się zadaniami lub pracą z innymi, jeśli nie przejmują dokładnie jej sposobu realizacji spraw; 7) przyjmuje ubogi styl wydatków na siebie i innych; pieniądze traktuje jako coś odkładanego ze względu na przyszłe katastrofy; 8) przejawia sztywność i upór.	Zaburzenie osobowości cechujące się: 1) nadmiarem wątpliwości i ostrożności; 2) pochłonięciem przez szczegóły, reguły, inwentaryzowanie, porządkowanie, organizowanie lub schematy postępowania; 3) perfekcjonizmem, który przeszkadza w wypełnieniu zadań; 4) nadmierną sumiennością, skrupulatnością i nadmiernym skupieniem się na produktywności – z zaniedbaniem przyjemności i związków międzyludzkich; 5) nadmierną pedanterią i uległością wobec konwencji społecznych; 6) sztywnością i uporem; 7) nierozsądnym przypuszczaniem, że inni dokładnie podporządkują swe działania sposobom działania pacjenta albo nieracjonalna niechęć do przyzwalania innym na działanie; 8) pojawianiem się (wtrącaniem) natarczywych a niechcianych myśli albo impulsów. Obejmuje: osobowość kompulsyjna i obsesyjna, osobowość kompulsyjno-obsesyjna Nie obejmuje: zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (F42.-)

- A. Znaczące upośledzenie funkcjonowania osobowości manifestujące się:
- 1) upośledzeniem w obszarze funkcjonowania „ja” (kryterium a lub b):
 - a) tożsamość: poczucie „ja” wywiedzione głównie z pracy lub produktywności; zawężone doświadczenie i wyrażanie silnych emocji,
 - b) samokierowanie: trudności w kończeniu zadań i realizacji celów powiązane z nierealistycznie sztywnymi i wygórowanymi wewnętrznymi standardami zachowania; postawa nadmiernej sumienności i moralizatorstwa;
 - 2) upośledzeniem w obszarze funkcjonowania interpersonalnego (kryterium a lub b):
 - a) empatia: trudności ze zrozumieniem i uznawaniem myśli, uczuć lub zachowań innych osób,
 - b) intymność: relacje z ludźmi postrzegane jako drugorzędne względem pracy i produktywności; upór i brak elastyczności negatywnie wpływają na relacje z innymi;
- B. Patologiczne cechy osobowości w następujących obszarach:
- 1) kompulsyjność charakteryzująca się:
 - a) sztywnym perfekcjonizmem: nieelastyczne dążenie, aby wszystko, wliczając w to działania własne i cudze, było bez zarzutu, doskonałe, bez najmniejszych wad czy uchybień; poświęcenie terminowości wykonywania zadań na rzecz poprawności w najdrobniejszym detalu; przekonanie, że istnieje tylko jeden właściwy sposób działania; trudności w zmianie poglądów i/lub punktu widzenia; zaabsorbowanie szczegółami, organizacją i porządkiem;
 - 2) negatywna uczuciowość charakteryzująca się:
 - a) perseweratywnością: uporczywe wykonywanie zadań jeszcze długo po tym, jak zachowanie przestało być funkcjonalne i efektywne; kontynuacja jednego wzorca zachowania pomimo powtarzających się niepowodzeń.

15.2.2. Funkcjonowanie osób z obsesyjno-kompulsyjnym zaburzeniem osobowości

W literaturze (np. Costa i in., 2005) podkreśla się, że jednostki z OKZO relatywnie dobrze funkcjonują w środowisku pracy, natomiast nawiązują ubogie relacje intymne. W opisach klinicznych funkcjonowania pacjentów o tym typie osobowości z problemami w intymnych związkach łączy się wyróżniający ich perfekcjonizm, pracoholizm, upór i zaborczość (Skodol, 2009). W kontaktach międzyludzkich mogą się wydawać nieelastyczni, moralizujący, nastawieni protekcyjnie, skrupulatni i drobiazgowi aż do

przesady (Gabbard i Newman, 2005). Mogą wywierać silną presję na innych ludzi, by postępowali według ich przyzwyczajęń, bez świadomości i zrozumienia, jak ci reagują na ich naciski. Jednocześnie są niezwykle wrażliwi na kwestie pozycji społecznej i odpowiednio do niej modyfikują swoje zachowania – w stosunku do przełożonych są pełni szacunku i poważania, wręcz służalczy, a względem osób im podległych oraz równych sobie zachowują się w sposób wyniosły i despotyczny. Cechuje ich skąpstwo: ponieważ gromadzą dobra na wypadek przyszłych katastrof, nie potrafią obdarowywać innych. Ich upartość, nieelastyczność i surowość wydawanych ocen moralnych powiązane są z wybuchami gniewu i urazy (Ansell i in., 2010). W najlepszym wydaniu są niezawodni, uprzejmi i lojalni wobec organizacji, z którymi są związani oraz wobec wyznawanych ideałów (Sperry, 2003).

Skodol (2009) proponuje, by trudności relacyjne cechujące zaburzenia osobowości rozpatrywać w dwóch wymiarach tworzących tzw. interpersonalną matrycę (*interpersonal circumplex*). Pierwszym wymiarem tej matrycy jest oś „dominacja – submisja”, a drugim oś „afiliacja – odseparowanie”. W tym ujęciu jednostki z OKZO można opisać jako z jednej strony wykazujące tendencję do dominowania w związkach międzyludzkich, jako że potrzebują kontrolować innych i wymagają podporządkowania się wobec uznawanych przez siebie za jedyne właściwe standardów działania. W drugim wymiarze pacjentów z OKZO można ułożyć na biegunie odseparowania – przedkładają pracę i produktywność nad przyjaźnie i aktywność w sferze międzyludzkiej, gdyż w tym pierwszym obszarze życia są w stanie uzyskać większe poczucie kontroli. W badaniach empirycznych wykazano, że cechy OKZO łączą się ze sobą w sposób sugerujący konflikt pomiędzy zbliżaniem się a unikaniem, który może odzwierciedlać doświadczany przez te osoby problem z zaangażowaniem się w relacje interpersonalne (Huprich i in., 2006). Sperry (2003) wskazuje, że tak jak jednostki z osobowością pasywno-agresywną, osoby z OKZO charakteryzuje konflikt pomiędzy asertywnością i niepodporządkowaniem z jednej strony a zadowalaniem innych i posłuszeństwem z drugiej – jednakże z innych powodów (por. dalej).

Styl poznawczy właściwy jednostkom z OKZO cechuje sztywność, perfekcjonizm, zaabsorbowanie szczegółami, listami i porządkiem oraz niski poziom poszukiwania wrażeń (Skodol, 2009). Ich myślenie można opisać jako zamknięte, analityczne, opierające się na stosowaniu reguł i algorytmów. Mają trudność z ustanawianiem priorytetów i perspektywy, a ponieważ tak wielką uwagę przywiązują do szczegółów, często tracą z oczu całościowy obraz sytuacji. Badania nad przetwarzaniem bodźców wizualnych przez osoby z OKZO potwierdzają, że zwracają one uwagę na nieistotne detale (poziom lokalny) do tego stopnia, że utrudnia im to rozpoznanie całości obrazu (poziomu globalnego): w dużej literze F złożonej z małych

liter T znacznie więcej czasu zajmuje im rozpoznanie dużej litery niż jej składowych (Yovel i in., 2005). Związane ze skłonnością do koncentracji na szczegółach może być cechujące ich niezdecydowanie i wątpliwości, które utrudniają im podejmowanie decyzji (Shapiro, 1965/1999). Braku elastyczności umysłowej odpowiada ich tendencja nieulegania sugestii i wpływom oraz styl pozbawiony wyobraźni, co sugeruje, że mają ograniczony świat fantazji (Sperry, 2003). Ze względu na te właściwości poznawcze wobec napotykanych problemów próbują być skończenie logiczne i racjonalne. Przed przystąpieniem do pracy mają tendencję do przeciążania się informacjami (Millon i in., 2005). W badaniach wykazano, że uczestnicy z OKZO przed przystąpieniem do zadania poznawczego poświęcili więcej czasu na wysłuchanie informacji dotyczących testu, a mniej czasu na słuchanie muzyki, po wykonaniu zaś zadania częściej wskazywali, że chcą poznać swój wynik (Gallagher i in., 2003). W porównaniu z osobami z grup kontrolnych (uczestnicy z zaburzeniem osobowości unikowej oraz osoby normalne) osoby z OKZO deklarowały także znacznie wyższe natężenie stosowania strategii czujnego obserwowania, które wiązało się z nasileniem ich symptomów. Wyniki te częściowo potwierdzają hipotezę o podwyższonym poziomie poszukiwania i gromadzenia informacji przez osoby z OKZO w sytuacji zagrożenia i niepewności.

Pacjenci cierpiący na OKZO są opisywani jako emocjonalnie zahamowani (Pfohl i Blum, 1995), a nawet przerażeni spontanicznością uczuciową (Gabbard i Newman, 2005). Zasadniczo unikają wyrażania „miękkich” uczuć, choć mogą całkiem swobodnie okazywać gniew, frustrację i irytację. Szczególną trudność sprawia im wyrażanie serdeczności, miłości, ciepła czy czułości i nawet kiedy już okazują innym tego rodzaju uczucia, robią to w bardzo kontrolowany lub uwznioślony sposób. Z tych powodów ich mechanistyczny styl może irytować osoby, z którymi pozostają w relacjach (Skodol, 2009). I na odwrót – same nie będąc impulsywnymi, osoby te podchodzą z lekceważeniem do tych, którzy są emocjonalnie ekspresyjni, zachowują się porywczo i dążą do przyjemności. Osoby obsesyjno-kompulsyjne sztywno trzymają się reguł i organizacji nawet w sferze odpoczynku, przez co nie są zdolne odczuwać przyjemności.

Trzebińska (2009) umieszcza OKZO wraz z osobowością narcystyczną i histrioniczną w kategorii zaburzeń wielkościowych. Wskazuje, że charakterystyczne dla tej grupy jest przeżywanie emocji zabarwionych poczuciem własnej wyjątkowości. W przypadku osobowości obsesyjno-kompulsyjnej wielkościowość ta przybiera formę poczucia własnej doskonałości znajdującego wyraz w usztywnionym perfekcjonizmie, dążeniu do nieskazitelności oraz sumienności i drobiazgowości w wywiązywaniu się ze zobowiązań.

15.2.3. Opis przypadku

Pan X jest 54-letnim pracownikiem administracji znanego uniwersytetu. Na psychoterapię został skierowany przez lekarza pierwszego kontaktu. Pan X skarży się na obniżony nastrój i wyraża obawy, że pogarszają się jego możliwości poznawcze i że nie potrafi już pracować tak wydajnie jak wcześniej. Wśród współpracowników ma opinię osoby bardzo zaangażowanej i świetnie sobie radzącej z organizacją zadań do wykonania; często jest chwalony przez przełożonych. Ostatnio zauważył, że pomimo iż zaczął popełniać błędy, wciąż dokłada sobie nowych obowiązków. Często przychodzi do pracy wcześniej i zostaje po godzinach, tak że pracuje zazwyczaj 12, 15, a nawet 18 godzin dziennie. Po powrocie do domu późnym wieczorem kładzie się spać, ale ma kłopoty z przespaniem całej nocy. Budzi się o trzeciej lub czwartej nad ranem, ubiera się i wychodzi z powrotem do pracy. Praktycznie żyje na uczelni – często bierze w pracy prysznic, a nawet pierze swoje ubrania w pralko-suszarce znajdującej się w budynku. Wobec swoich podwładnych jest bardzo surowy, krytykuje ich za najmniejsze błędy, dlatego ci szybko zmieniają stanowisko albo odchodzą z pracy. Ostatnio Pan X zaczął mieć trudności z podejmowaniem decyzji, które wiąże z poczuciem, że praca wymyka mu się spod kontroli. W dzieciństwie i w okresie dojrzewania zawsze czuł, że zbyt mało się stara, że ma wiele do zrobienia i zbyt mało czasu, żeby ze wszystkim zdążyć. Od lat szkolnych był bardzo ambitny, dzięki czemu odnosił wiele sukcesów. Obecnie w dni wolne od pracy nie potrafi się zrelaksować. Często nawet gdy ma wolne, zabiera pracę do domu. Na wakacje czy nawet weekendy opracowuje dla każdego z członków rodziny szczegółowy grafik czynności do wykonania. Jest niecierpliwy i łatwo wpada w furję, jeżeli któryś z domowników nie chce przestrzegać ułożonego przez niego grafiku. Lubi sport, ale ma bardzo mało czasu, by go uprawiać. Preferuje gry zespołowe, w których zacięcie rywalizuje z innymi. Nie potrafi przegrywać. Uważa siebie za perfekcjonistę i przyznaje, że ta jego cecha często utrudnia mu kończenie zadań. Na kolejnych sesjach Pan X zauważa, że najważniejsza jest dla niego wydajność i że przez to, ile pracuje, zaniedbuje swoją rodzinę, przyjaciół i znajomych. W zasadzie nie ma życia towarzyskiego. Uświadamia sobie, że bierze na siebie coraz więcej zobowiązań, ponieważ nigdy nie jest usatysfakcjonowany wynikiem pracy swoich podwładnych. Nie potrafi delegować zadań – woli zrobić wszystko sam. Aby poradzić sobie z napięciem związanym z pracą, zaczął okazjonalnie nadużywać alkoholu.

15.3. Osobowość obsesyjno-kompulsyjna a zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne

Zaburzenie osobowości obsesyjno-kompulsyjnej bywa mylone z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym (ZOK; inaczej: nerwica natręctw; zespół anankastyczny) zaliczanym do grupy zaburzeń lękowych (APA, 2000/2008; WHO, 1992/2000). Objawami ZOK są nawracające niechciane, natrętne myśli (obsesje) i/lub przymusowe zachowania (kompulsje). Jak podają Gabbard i Newman (2005), źródłem nieporozumień są pierwsze koncepcje psychodynamiczne, upatrujące genezy obydwu psychopatologii w fazie analnej rozwoju psychoseksualnego. W tradycyjnym ujęciu psychoanalitycznym ZOK jest rozumiane jako nerwica objawowa, a OKZO – jako nerwica charakteru. Współcześnie związki pomiędzy obydwoma zaburzeniami są przedmiotem kontrowersji. Część teoretyków (np. Shapiro, 1965/1999) przyjmuje, że jednostki o cechach osobowości obsesyjno-kompulsyjnej przejawiają predyspozycję do rozwoju ZOK, a nawet że osobowość tego typu jest koniecznym warunkiem wystąpienia ZOK. Inni jednakże (np. Pollak, 1987) utrzymują, że pomimo powierzchniowego podobieństwa obydwu zaburzeń (obejmującego cechy behawioralne oraz wewnętrzne mechanizmy obronne psychiki) OKZO nie jest ani koniecznym, ani nawet wystarczającym warunkiem rozwinięcia się ZOK.

Podjęto liczne próby rozstrzygnięcia powyższego problemu, jednak przeprowadzone badania nie przyniosły dotąd jednoznacznej odpowiedzi. Z części doniesień wynika, że ZOK współwystępuje z którymkolwiek zaburzeniem osobowości tylko u mniejszości pacjentów (Crino i Andrews, 1996), a jeżeli już można postawić podwójną diagnozę, to OKZO występuje jeszcze rzadziej niż pozostałe zaburzenia osobowości (Baer i Jenike, 1992). Jednakże inne badania dowodzą, że OKZO występuje znacząco częściej wśród pacjentów z ZOK niż u pacjentów z zespołem lęku napadowego czy epizodem depresyjnym (Diaferia i in., 1997) oraz że symptomy obsesyjne są silniej powiązane z cechami ZOOK niż z cechami pozostałych zaburzeń osobowości (Rosen i Tallis, 1995). Także najnowsze badania nie rozstrzygnęły definitywnie, czy ZOK i OKZO są odmianami jednej podstawowej patologii, czy też zupełnie osobnymi zaburzeniami (por. przegląd w: de Reus i Emmelkamp, 2012). Przykładowo Albert z zespołem (2004) potwierdzili częstsze występowanie omawianego zaburzenia osobowości w grupie pacjentów z ZOK niż w populacji ogólnej (22,9% vs. 3%), jednak jednocześnie wykazali, iż niemal równie często (17,1%) OKZO współwystępuje wśród osób cierpiących na zespół paniczny – zaburzenie lękowe fenomenologicznie różne od ZOK. Należy też zauważyć, że zarówno z tego badania, podobnych projek-

tów badawczych (np. Coles i in., 2008), jak i z metaanalizy badań (Mancebo i in., 2005), wynika, że w grupach klinicznych większość jednostek z ZOK (65–75%) nie cierpi na OKZO. Co więcej, wyniki badań z udziałem pacjentów z zaburzeniami osobowości wskazują, że, analogicznie, większość jednostek z OKZO nie spełnia kryteriów diagnostycznych ZOK (Mancebo i in., 2005).

Pacjenci cierpiący na ZOK są udręczeni wewnętrznymi impulsami nakazującymi im wykonywanie rytualizowanych czynności i prześladowani nawracającymi nieprzyjemnymi myślami. Ich symptomy są w wysokim stopniu egodystoniczne, tj. powodują duże cierpienie, a pacjenci pragną się od nich uwolnić. W przypadku OKZO przeciwnie – jednostki te posiadają cechy charakteru dalece egosyntoniczne (tj. akceptowane przez nie same, a nawet spostrzegane jako integralne dla obrazu własnej osoby) i w związku z tym nie są zainteresowane ich eksplorowaniem czy zmianą. W świetle przedstawionych danych aktualne pozostaje stwierdzenie, by pomimo niejasności co do wzajemnych związków OKZO oraz ZOK i traktować te zaburzenia jako odrębne jednostki kliniczne.

15.4. Konceptje wyjaśniające obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości

15.4.1. Konceptje psychodynamiczne

Freud (1908/1991) zaobserwował, że u pacjentów cechy tzw. triady analnej – uporządkowanie, upór i skąpstwo – nie tylko współwystępują ze sobą, ale i z zaabsorbowaniem sprawami wydalania. Wywnioskował z tego, iż analne cechy charakteru rozwijają się na skutek konfliktów pomiędzy dzieckiem a opiekunem rozgrywających się w trzecim roku życia wokół treningu czystości. Konflikt ten obejmuje z jednej strony pragnienie dziecka, by kontrolować wydalanie kału i moczu, a z drugiej strony – pragnienie opiekuna, by dostosować wydalanie u dziecka do obowiązujących standardów kulturowych i społecznych. Pacjenci o analnych cechach charakteru wspominają, że jako małe dzieci odczuwali przyjemność płynącą z opróżniania jelit i z powstrzymywania wydalania. Ponieważ te oznaki „erogenne-go znaczenia” okolicy odbytu nie przetrwały do okresu dorosłości, Freud (1908/1991) uznał, że analne cechy charakteru kształtują się jako sublimacje wczesnodziecięcych pragnień dziecka bądź jako reakcje upozorowane przeciwko nim. Obsesyjne umiłowanie porządku i restrykcyjna moralność są formacją reaktywną przeciwko niestosownemu dziecięcemu zainteresowa-

niu brudem i nieczystościami, a upór i skąpstwo – jako tendencje związane z powstrzymywaniem – są społecznie aprobowanym wyrazem (sublimacją) wcześniejszej walki wokół wydalania odchodów. Rado (1959; za: Millon, 2011), odnosząc się do powyższego konfliktu, opisał, w jaki sposób podczas treningu czystości matka i dziecko toczą „bitwę o nocnik”, w której dziecko doświadcza wściekłości z powodu ingerencji matki w jego rytm wypróżnień i odpowiada na przemian wyzywającym oporem oraz lękiem i posłuszeństwem wobec stosowanych przez matkę kar. W nieposłusznym dziecku zostaje wzbudzone poczucie winy, przyjmuje ono zasłużoną karę i prosi o wybaczenie. Ponieważ poczucie winy i lęk są silniejsze, wściekłość prędzej czy później ulega wyparciu do nieświadomości, a posłuszeństwo przezwycięża sprzeciw i niepodporządkowanie. Sytuacja ta jest prekursorem formacji reaktywnych w postaci dumy z własnego posłuszeństwa, która skrywa pragnienie buntu oraz początkiem wzorców odczyniania, które mają za zadanie anulować złe uczynki.

Według Gabbarda (2009) za dążeniem osób obsesyjno-kompulsyjnych do perfekcji ukryte jest nieświadome pragnienie miłości i aprobaty. Przed doświadczeniem pragnienia zależności i gniewem chroni ich mechanizm formacji reaktywnej związany z izolacją afektu. Bycie blisko z innymi ludźmi jest dla osoby z OKZO zagrażające, gdyż niesie ze sobą dwa niebezpieczeństwa: wyzwolenia się potężnych przytłaczających pragnień otrzymywania opieki i wsparcia oraz ich frustracji, która pociągnie za sobą uczucie nienawiści, urazy i pragnienie zemsty. Z racji wysokiego poziomu nieświadomych agresywnych dążeń i destrukcyjnych pragnień osoby z OKZO mogą się obawiać, że ich gniew odstraszy innych ludzi lub że spowoduje odwet (co jest projekcją własnej agresji). Ich wewnętrzny konflikt dotyczący agresji powoduje, że prezentują się w sposób uniżony, przytulny i pełen poważania, demonstrując, że nie przeżywają żadnej złości ani gniewu.

W ujęciu Kernberga (Kernberg i Caligor, 2005) OKZO należy do patologii charakteru wyższego rzędu, inaczej: z poziomu neurotycznego, w których pozytywne i negatywne reprezentacje *self* i obiektu są względnie zintegrowane (por. rozdz. 4). Dominują mechanizmy obronne oparte na wyparciu: intelektualizacja, izolacja afektu, formacja reaktywna, racjonalizacja i przemieszczenie, jednak rozszczepienie wciąż się utrzymuje. Bardziej prymitywne obrony uaktywniają się w sytuacjach przeżywania silnego afektu bądź dotyczą wybranych obszarów (np. obiekt ojcowski rozszczepiony na dobry i zły). Przede wszystkim jednak dla OKZO charakterystyczne jest rozszczepienie pomiędzy nakazami i zakazami *superego* a pragnieniami libidinalnymi i agresywnymi płynącymi z *id*. *Superego* jest względnie wyodrębnione i zintegrowane, jednak nadmiernie wymagające i krytyczne, ponieważ

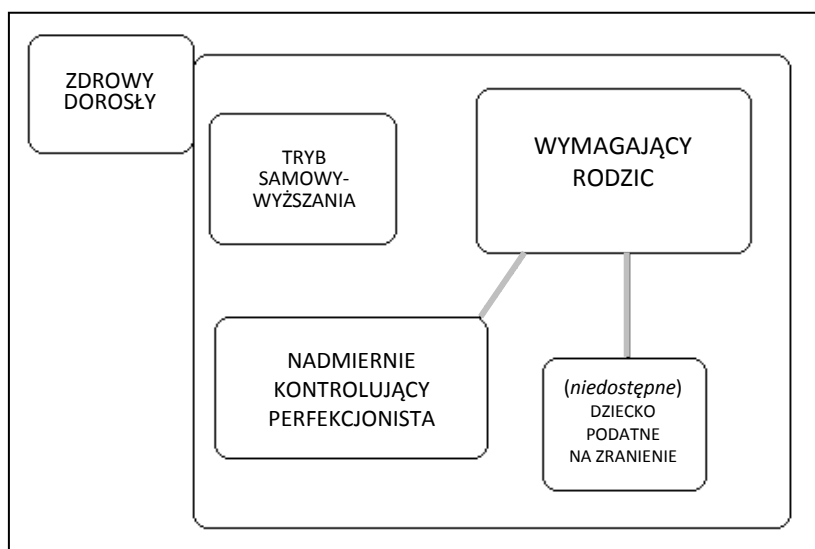
powstało w wyniku internalizacji sadystycznego złego obiektu. W ten sposób nadmierna agresja zostaje częściowo zneutralizowana i wyraża się w pragnieniu zdominowania i kontrolowania złego obiektu. OKZO jest z tej perspektywy zdeterminowane preedypalnymi (analnymi) konfliktami intrapsychicznymi przeniesionymi do fazy edypalnej. Objawy OKZO są tu rozumiane jako formacje kompromisowe dotyczące dążeń agresywnych i zależnościowych fazy edypalnej i wynik obronnego wycofania do walki o sprawowanie kontroli nad sobą i innymi (Caligor i in., 2007).

15.4.2. Konceptje poznawczo-behawioralne

W typologiach poznawczych (Beck i in., 2005; Pretzer i Beck, 2005) OKZO charakteryzuje się poprzez zestaw schematów poznawczych zawierających m.in. konceptje siebie i innych (por. rozdz. 3). Jednostki z OKZO wyróżniają nietolerancja niepewności i strategie unikania błędów, z których wynika większość problematycznych cech tego typu osobowości. Według Becka i zespołu (2005) u podłoża tych strategii leżą ukryte reprezentacje własnej osoby (m.in.: odpowiedzialny, solidny, porządny, kompetentny) i innych ludzi (nieodpowiedzialni, zbyt swobodni, niekompetentni, pobłażający sobie). W obręb konceptji siebie wchodzi u osób z OKZO także przekonanie o własnej nieadekwatności, niedoskonałości i bezradności, prowadzące do lęku przed bezradnością, wyrażającego się poprzez obawy przed przytłoczeniem czy niemożnością normalnego funkcjonowania. Strategie, takie jak perfekcjonizm oraz zaabsorbowanie regułami, systemami i organizacją mają kompensować przekonania o własnej bezradności i niedoskonałości. Kluczowe spośród nich brzmią: „coś może mnie przytłoczyć”, „jestem niezorganizowany i zdezorientowany”, „cokolwiek zrobię, będzie to nie do przyjęcia”. Związane z nimi przekonania warunkowe przybierają postać postaw („potrzeba porządku, organizacji i zasad, by przetrwać”) i założeń („bez systemu i organizacji wszystko się rozpadnie”, „każdy błąd lub niedopatrzenie doprowadzi do katastrofy”), w tym także o charakterze kompensacyjnym („jeżeli opracuję idealny system, to osiągnę sukces i szczęście”). Przekonania kluczowe i warunkowe mogą się wyrażać w postaci następujących myśli automatycznych: „szczegóły są najistotniejsze”, „musisz to robić po mojemu”, „muszę nad wszystkim panować”, „wszystko muszę robić dobrze” czy „nie wolno popełniać błędów”.

Z dysfunkcyjnymi przekonaniami współlistnieją następujące zniekształcenia poznawcze typowe dla OKZO: myślenie dychotomiczne („każde odstępstwo od tego, co właściwe, jest z definicji niewłaściwe”, „jeśli nie jest się pewnym idealnego rozwiązania, lepiej nie robić nic”, „jeśli nie wykonam

zadania idealnie, to wykonam je fatalnie”), myślenie magiczne („błędów i katastrofy można uniknąć, jeśli się nimi przejmuje”), wyolbrzymienie („popętnienie błędu/złamanie reguły prowadzi do katastrofy”, „jeśli nie zrobię tego dobrze, będzie strasznie”), nadmierne uogólnianie („jeśli zrobię coś nie najlepiej, jestem nie do przyjęcia jako osoba”) oraz nadużywanie imperatywów („muszę”, „trzeba”, „powinno się”). Z tych powodów w przypadku niepowodzenia pacjenci z OKZO nie są w stanie uznać za przyczynę splotu niekorzystnych okoliczności czy pecha i interpretują takie sytuacje jako spowodowane ich własną nieodpowiedzialnością oraz źle zaplanowanymi, przeprowadzonymi i monitorowanymi działaniami. Dlatego też ich reakcją na porażkę jest dalsze zwiększenie wymagań wobec siebie (Arntz i in., 2011). Celem osób z OKZO jest nie tylko ograniczenie błędów, ale ich całkowita eliminacja, stąd też ich przemożna potrzeba sprawowania całkowitej kontroli nad sobą i innymi (Beck i in., 2005).



Rys. 15.1. Model obsesyjno-kompulsyjnego zaburzenia osobowości w teorii schematów Younga
Źródło: Arntz, 2012.

Na rysunku 15.1 przedstawiono konceptualizację OKZO w ramach teorii schematów Younga (Young i in., 2003), opartą na wynikach badań empirycznych (Bamelis i in., 2011; Lobbestael i in., 2008). Bardzo wyraźny jest tryb nadmiernie kontrolującego perfekcjonisty – strategia unikania błędów i poczucia winy za niepowodzenia wykorzystywana przez osoby z OKZO, oparta na perfekcjonizmie i nadmiernym sprawowaniu kontroli. Ten styl radzenia sobie jest bezpośrednią odpowiedzią na żądania trybu wymaga-

jącego rodzica, który reprezentuje internalizację zawyżonych oczekiwań rodzicielskich (dotyczących produktywności, doskonałości, statusu społecznego i kwestii moralnych), których doświadczył pacjent w dzieciństwie. Niespełnienie tych oczekiwań automatycznie wyzwała uczucie wstydu i przekonanie o byciu złą osobą. Tryb samowywyższania jest strategią mającą skompensować poczucia gorszości i nieadekwatności i odzwierciedla charakterystyczne dla osób z OKZO przekonania, że inni ludzie są beztroscy i nieodpowiedzialni, podczas gdy oni sami są w stanie sprostać wysokim standardom. Choć OKZO, jak pozostałe zaburzenia osobowości, związane jest z nadużyciem emocjonalnym w dzieciństwie, pacjenci zwykle zaprzeczają bądź nie mają dostępu do żadnego z trybów, w którym osoba czuje się jak małe dziecko, bezradne i podatne na zranienie (tj. dziecko opuszczone/nadużyte, samotne/gorsze czy dziecko zależne). Jednakże, jak podaje Arntz (2012), tryb ten staje się widoczny podczas terapii.

16

Zaburzenia osobowości w okresie dojrzewania

Anna Frączek

16.1. Wprowadzenie

Diagnoza zaburzeń osobowości u młodzieży wywołuje nadal wiele kontrowersji wśród psychologów klinicznych, psychoterapeutów oraz psychiatrów. Te kontrowersje są ściśle powiązane z definicją zaburzeń osobowości w DSM-IV, w której podkreśla się, że jest to utrzymujący się w czasie, nieelastyczny sposób spostrzegania siebie i świata, które manifestuje się w sferze poznawczej, afektywnej, kontroli impulsów oraz interpersonalnej. Stabilność wzorców zachowania, myślenia i emocji prowadzi do pogorszenia funkcjonowania jednostki. Te stabilne wzorce postrzegania mogą sięgać do okresu dojrzewania lub nawet dzieciństwa (APA, 1994, za: Lenzenweger, Clarkin, 2005; APA, 2000, za: Allertz, Voorst, 2007). Wprawdzie podkreśla się w niej, że zaburzenia te mogą zaznaczyć się już w okresie adolescencji, ale stabilizują się w dorosłości. Na pytanie: czy można rozpoznawać zaburzenie osobowości w okresie adolescencji, formułuje się różne odpowiedzi, w zależności od tego, kto na nie odpowiada – terapeuci czy klinicyści.

Pierwsze stanowisko zaleca dużą ostrożność, a właściwie powstrzymanie się od diagnozowania zaburzeń osobowości u dzieci i młodzieży. Przemawiają za tym dwa argumenty. Jeden wskazuje, że osobowość u dzieci i młodzieży nie wykrystalizowała się jeszcze, dlatego nie można u nich stwierdzić zaburzeń osobowości. Procesy zachodzące podczas kształtowania się osobowości oraz tożsamości młodych ludzi sprawiają, że wzorce zachowania i przeżywania adolescenta szybko ulegają zmianie. Drugi powód braku zainteresowania, wręcz niechęci do diagnozowania zaburzeń osobowości w adolescencji jest związany z obawą o konsekwencje etykietowania młodego człowieka diagnozą kliniczną. Jeśli taka diagnoza będzie przeżywana przez adolescenta i jego rodzinę jako specyficzny rodzaj naznaczenia społecznego (stygmat), to nie trudno wyobrazić sobie, że pozytywne rokowanie co do skuteczności leczenia jest wątpliwe. Część klinicystów obawia się, że

etykieta taka negatywnie wpłynie na spostrzeganie siebie samego i/lub negatywne spostrzeganie przez rówieśników (por. Kendall, 2007).

Drugie stanowisko przyjmowane często przez terapeutów podkreśla, że zaburzenia osobowości można zdiagnozować w okresie dojrzewania, a niektóre z nich np. osobowość antyspołeczną można diagnozować wcześniej, bo ujawnia się w postaci zaburzeń zachowania już w okresie szkolnym. Terapeuci i klinicyści podkreślają, że tylko dzięki wczesnej diagnozie można podjąć korekcję środowiska rodzinnego i pozarodzinnego. Przeciwnie terapii nie tyle musi podlegać adolescent, ile można oddziaływać na jego najbliższe środowisko, stwarzając lepsze warunki do korekcji i zmiany (Kazdin, 2006).

Ostatnie stanowisko wskazuje, że zaburzenia osobowości są zdefiniowane jako względnie stałe i dezadaptacyjne wzory doświadczania, wiązania się i radzenia sobie. Dzieci i adolescenty są w procesie rozwoju, w którym każdy ich aspekt ciała i osobowości nieustannie się zmienia. Rozwijające się różne aspekty osobowości dzieci, które obejmują pojawienie się tożsamości, zdolności do modulacji kontroli afektu, zmianę stylu myślenia w kierunku większej refleksji i namysłu oraz zróżnicowania i wzbogacenia relacji ze światem zewnętrznym prowadzą do znaczących zmian rozwojowych. Zatem diagnozowanie zaburzeń osobowości u dzieci i młodzieży jest procesem trudnym i wymagającym dużej ostrożności od klinicysty. Wskazuje się na to, że niezdiagnozowanie zaburzenia osobowości u adolescenta może narazić jego przyszłość poprzez uniemożliwienie lub utrudnienie mu otrzymania koniecznego i odpowiedniego leczenia (por.: Allertz, Voorst, 2007; Bleiberg, 1994b; Kernberg 2004; Kernberg i in., 2000; Lenzenweger, Clarkin, 2005).

Powstały również dwa stanowiska dotyczące rokowań dla adolescentów z diagnozą zaburzeń osobowości. Paris (2003, za: Lenzenweger, Clarkin, 2005) uważa, że psychopatologia u dzieci i młodzieży jest znacznie bardziej plastyczna i łatwiej ulega zmianom, a diagnozę zaburzeń osobowości w dorosłości otrzymują osoby, których leczenie się nie powiodło. Kernberg (2004) wskazuje, że im wcześniej występuje zaburzenie osobowości, tym rokowania na wyzdrowienie są mniej pomyślne.

16.2. Kształtowanie się osobowości jako długotrwały proces

Blos (1979) uważa adolescencję za ostatnią fazę rozwoju psychoseksualnego – stadium genitalne. Blos (1979) wskazuje, że w tym stadium rozwojowym psychologiczne procesy rozpoczęte we wczesnym dzieciństwie zostają wznowione po okresie utajenia. Nastolatek ponownie przeżywa powtórna

indywidualną i konflikt pomiędzy zależnością i niezależnością, przeżywa też konflikt analny związany z niemożnością kontrolowania menstruacji u dziewcząt, a wytrysku u chłopców, konflikt pomiędzy pasywnością i aktywnością oraz konflikt pomiędzy wielkościowością i bezwartościowością (por. Kernberg, 2000). Adolescent miota się pomiędzy fascynacją a obojętnością i poszukuje swojej tożsamości płciowej, nadaje znaczenie męskości i kobiecości (Laufer, 2008). Na tym etapie wcześniejsze konflikty zostają ostatecznie rozwiązane, a ponadto zachodzą intensywne zmiany we wszystkich obszarach życia (Blos, 1979). Duże znaczenie mają zmiany biologiczne w początkowych fazach okresu dojrzewania. Zwiększone wydzielanie hormonów powodują zintensyfikowany napór impulsów popędowych seksualnych i agresywnych, co wpływa na kształtowanie się tożsamości seksualnej (Laufer, 2008).

Relacje z rodzicami na poziomie społecznym i psychologicznym będą stanowić o stabilnej i trwałej w przyszłości strukturze psychicznej. W tym czasie określone zostają relacje pomiędzy światem zewnętrznym i wewnętrznym. Blos (1967) podkreśla, że w adolescencji występuje proces powtórnej indywiduacji. Związany jest on z separowaniem się od rodziców, opuszczeniem ich jako pierwotnych obiektów miłości i autorytetów oraz zwróceniem się ku rówieśnikom. Podkreśla się znaczenie powyższych procesów dla kształtowania się osobowości zależnej w przypadku niepowodzenia separacji od rodziców.

Proces powtórnej indywiduacji jest związany z reorganizacją idealnego *ego* i integracją dojrzałego ideału *ego* opartego na wybiórczych identyfikacjach z rodzicem i innymi podziwianymi obiektami tej samej płci (Blos, 1967). Adolescenta cechuje silna ambiwalencja w zakresie afektów, impulsów i myśli. Osoba w wieku dojrzewania charakteryzuje się labilnością emocjonalną, nieadekwatnymi reakcjami emocjonalnymi, buntem, egocentryzmem, który później przekształca się w przejmowanie się perspektywą innych osób oraz kształtuje się jego refleksyjność, myślenie formalne (Bardziejewska, 2005).

16.3. Klasyfikacje zaburzeń psychicznych w adolescencji

Najbardziej powszechnymi klasyfikacjami zaburzeń psychicznych są DSM-IV i ICD-10. Klasyfikacje te nie wskazują na powiązanie pomiędzy pierwszym pojawieniem się cechy a ostateczną (czyli dorosłą formą) cechy i/lub zachowania, jak również nie wskazują na stabilność w czasie owych cech i zachowań. W ujęciu behawioralno-poznawczym klasyfikacja zaburzeń osobowości jest ściśle związana z DSM-IV (Esterberg i in., 2010), co sprawia,

że nie uwzględnia ona charakterystycznych procesów kształtowania się osobowości na określonych etapach rozwoju. Natomiast psychodynamiczne ujęcie proponuje klasyfikacje zaburzeń osobowości u dzieci i młodzieży. Kernberg i inni (2000), Bleiberg (1994) oraz Mishne (1986) przedstawiają klasyfikacje wyczerpująco opisujące mechanizmy i objawy patologiczne, jak również opisują etiologię określonych zaburzeń osobowości. Przedstawiają też specyficzne zjawiska występujące w diagnozie nastolatków.

16.4. Klasyfikacje i geneza zaburzeń osobowości w ujęciu psychodynamicznym

W rozdziale czwartym podręcznika została przedstawiona klasyfikacja zaburzeń osobowości według Kernberga, która stanowi podstawę poniższych rozważań nad patomechanizmem zaburzeń osobowości u dzieci i młodzieży. Paulina Kernberg i współpracownicy (2000) w książce „Zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży” wyróżniają inny niż Otto Kernberg podział typów osobowości na poszczególnych poziomach struktury osobowości.

Struktura osobowości neurotyczna

Osobowość histeryczna

Osobowość unikająca

Osobowość obsesyjno-kompulsyjna

Struktura osobowości *borderline*

Osobowość *borderline*

Osobowość narcystyczna

Osobowość antyspołeczna

Struktura osobowości psychotyczna

Osobowość schizotypowa

Osobowość paranoiczna

Osobowość schizoidalna

Autorzy charakteryzują na powyższych trzech poziomach następujące procesy: poznawcze, afektywne, poziom empatii, reprezentacje *self*, reprezentacje obiektu, autorefleksyjność (*self-reflectionness*) oraz mechanizmy obronne (Kernberg i in., 2000). Najbardziej wyczerpująco opisane są w literaturze przedmiotu zaburzenia osobowości w okresie adolescencji z wiązki B – dramatycznej w DSM-IV (Bleiberg, 2004) oraz zaburzenia osobowości umiejscowione w strukturze osobowości *borderline* (Kernberg i in., 2000). W niniejszym rozdziale opisano następujące zaburzenia osobowości: *borderline*, narcystyczną i antyspołeczną.

16.5. Narcystyczne zaburzenia osobowości

Niektóre zaburzenia, takie jak narcystyczne zaburzenia osobowości, mogą być dość stabilne w czasie i sytuacji, można je zaobserwować już na poziomie szkoły podstawowej i utrzymywać się one mogą pomiędzy wiekiem przedszkolnym i późną adolescencją (Kernberg i in., 2000).

16.5.1. Etiologia narcystycznego zaburzenia osobowości w adolescencji

Teoretyczny model Otto Kernberga (2004) wskazuje na wczesne stadium separacji – indywiduacji oraz stałości obiektu jako okres powstawania narcystycznych zaburzeń osobowości. Podstawę tego modelu stanowi dokonany przez Margaret Mahler opis wczesnych stadiów rozwoju człowieka. Autor uważa, że pomiędzy trzecim a piątym rokiem życia dziecko z osobowością narcystyczną nie integruje pozytywnych i negatywnych reprezentacji *self* i obiektu, co nie pozwala osiągnąć dziecku stałości obiektu. W zamian za to łączy ze sobą wszystkie pozytywne reprezentacje *self* i obiektu. Efektem tego jest powstanie nierealistycznego, wyidealizowanego, patologicznego wielkościowego *self*. Narcystyczne osoby inkorporują aspekty rzeczywistych obiektów, które chcą posiadać i dewaluują rzeczywiste obiekty. Jednocześnie poddają dysocjacji od siebie, projektują i/lub wypierają negatywne aspekty siebie. Rozwój patologicznego, wielkościowego *self* pobudzają zimni i odrzucający, a jednocześnie uwielbiający dziecko rodzice.

Superego dzieci z narcystycznym zaburzeniem osobowości zawiera agresywne, zakazujące, grożące aspekty figur rodzicielskich ze względu na to, że dzieci projektują na nie własne impulsy agresywne. Przyczyną tego jest inkorporowanie idealnych reprezentacji *self*-obiekt w obręb patologicznego wielkościowego *self*, zamiast budowania z nich *superego*. Takie surowe *superego* podlega dalszej dysocjacji i projekcji, co prowadzi do utraty adaptacyjnych funkcji *superego* w zakresie regulacji poczucia własnej wartości (np.: monitorowanie, akceptacja siebie i innych).

Dewaluacja innych jest podstawową przyczyną braku adekwatnego poczucia własnej wartości, co sprawia, że osoby te mają trudność z doświadczaniem empatii. Poczucie wewnętrznej pustki może być kompensowane tylko poprzez niekończącą się admirację ze strony innych. Osoba kontroluje innych, aby zapobiec swojej zawiści i zawiści ze strony innych w zależności od identyfikacji; w pierwszym przypadku z *self*, w drugim z obiektem (Kernberg, 2000).

16.5.2. Cechy narcystycznych zaburzeń osobowości u adolescentów

Diagnoza narcystycznego zaburzenia osobowości w okresie dojrzewania jest procesem niezwykle trudnym i wymagającym wrażliwości klinicysty oraz jego wiedzy z zakresu adekwatnego rozwoju w określonym wieku, jak również wiedzy z zakresu psychopatologii, która występuje u adolescenta. W podejściu psychodynamicznym wskazuje się na określone, ważne obszary funkcjonowania adolescenta, opisane poniżej, które przynoszą wiele trudności w ocenie głębokości psychopatologii i jej typu (Kernberg, 2004; Kernberg i in., 2000; Bleiberg, 1994a; Winicot, 2010).

Kernberg (2004) twierdzi, że im poważniejsza patologia narcystyczna, tym wcześniej można zauważyć jej obecność. Podkreśla, że przypadki objawiające się w okresie adolescencji mają łagodniejszy charakter niż te, które zostały zdiagnozowane we wczesnym dzieciństwie i są cięższe od tych, które pojawiły się w okresie wczesnej dorosłości. Osoby, u których zaburzenie narcystyczne ujawnia się w adolescencji, są niezdolne do intymnych związków miłosnych i mogą doświadczać trudności na studiach i w pracy zawodowej.

Jedną z najważniejszych umiejętności diagnosty jest odróżnienie naturalnego kryzysu poczucia tożsamości, naturalnego w wieku adolescencji, od zespołu rozmycia się tożsamości. Kryzys tożsamości powstaje na bazie wewnętrznego zagubienia nastolatka pod wpływem szybkich zmian fizjologicznych i psychicznych (Kernberg, 2004). Zmiany te powodują rozterki związane z wybuchem silnych impulsów seksualnych oraz sprzecznych z nimi nacisków społecznych, aby radzić sobie z popędością. Kryzys tożsamości w adolescencji odnosi się do zmian koncepcji samego siebie i do tego, jak młody człowiek jest postrzegany przez innych, co często jest sprzeczne (Erikson, 1956, za: Kernberg, 2004). Nastolatek może mieć poczucie, że jest postrzegany jako dziecko, które jest aseksualne, nieodpowiedzialne i wymaga kontroli, sam jednak może mieć poczucie, że jest autonomiczną jednostką, z własną seksualnością, zdolnością do obowiązkowości i rzetelności.

Rozmycie tożsamości odnosi się do braku integracji koncepcji *self* oraz koncepcji znaczących osób (Kernberg, 2004; Kernberg i in., 2000). Kernberg (2004), podążając za myślą Margaret Mahler, wskazuje, że podstawą rozmycia tożsamości jest brak prawidłowego rozwiązania stadium separacji i indywiduacji we wczesnym dzieciństwie. Podczas adolescencji młody człowiek powtórnie zmagają się z dylematami separacji i indywiduacji. Są one trudniejsze dla osób, które wcześniej nie rozwiązały tego problemu. W tym okresie powracają konflikty wokół zagadnień zależności, submisji i buntu.

Młodzież z narcystycznymi zaburzeniami osobowości ma problem z autorefleksją. Ponadto wielkościowe *self* zaburza integrację wszystkich aspektów poczucia tożsamości oraz utrudnia zbudowanie zintegrowanego obrazu tożsamości znaczących osób. Nastolatek nie jest w stanie opisać siebie w sposób ciągły i spójny, podobnie też nie może w ten sposób opisać ważnych osób, co oznacza, że oba te procesy integrowania *self* i obiektu nie występują u narcystycznych adolescentów.

Brak prawidłowej integracji poczucia tożsamości w *ego* powoduje niedojrzałość *superego*. Ta niedojrzałość *superego* manifestuje się infantylnym systemem wartości. Zagadnieniami wymagającymi dogłębnej diagnozy są zdolność adolescenta do wyznaczania i przestrzegania wartości innych niż własny interes i bezpośrednia narcystyczna gratyfikacja. Nastolatek taki nie będzie zainteresowany muzyką, polityką, będzie miał też kłopot z lojalnością, przyjaźnią i miłością. Może natomiast powierzchownie zajmować się muzyką, mieć wielu znajomych i „chodzić” z partnerami, jednak po to, aby podnosić swój prestiż i popularność. Brak integracji *superego* będzie miał swoje odzwierciedlenie w niezdolności do przeżywania adekwatnego smutku i żałoby oraz do reagowania na własne błędy i pomyłki wahaniami nastroju (Kernberg, 2004). Autoregulacja zachowania będzie u adolescentów z narcystycznymi zaburzeniami osobowości zachodziła poprzez poczucie wstydu, a mniej przez poczucie winy. Osłabione funkcjonowanie *superego* będzie się wyrażało w braku zainteresowania innymi, braku troski czy przeżycia żalu z powodu złego traktowania innych osób (Kernberg, 2000). Brak integracji *superego* może znaleźć swój wyraz w zachowaniach agresywnych i autoagresywnych. Zachowania te są tolerowane przez wielkościowe *self*. Agresja może się wyrażać w egosyntonicznych zachowaniach sadystycznych, agresywnych czy samobójczych (Kernberg, 2004).

Testowanie rzeczywistości według Otto Kernberga (2004) zawiera w sobie zdolność do odróżnienia „ja” od „nie ja”, tego, co jest intrapsychiczne od tego, co pochodzi z zewnątrz oraz zdolność do empatii. Często testowanie rzeczywistości jest oceniane na podstawie tego, czy nastolatek zdradza objawy omamów i/lub urojeń – objawy wytwórcze. Jednak przedstawianie przez adolescenta doświadczenia halucynacji i/lub urojeń nie jest jednoznaczne z głęboką patologią. Młoda osoba z narcystycznymi zaburzeniami osobowości będzie wykazywała nadwartościowe idee będące częścią patologicznego wielkościowego *self*.

W podejściu psychodynamicznym podkreśla się znaczenie dojrzałości mechanizmów obronnych w diagnozie określonej patologii, jednak Kernberg (2004) podkreśla, że w przypadku adolescentów są one mniej kluczowe. Dominacja prymitywnych obron typowych dla określonej, głębokiej

patologii u osób dorosłych ma mniejsze znaczenie diagnostyczne u adolescentów (Kernberg, 2004). Adolescent jest bowiem w procesie adaptacji do pojawiających się silnych impulsów seksualnych. Powoduje to reaktywację intensywnych konfliktów edypalnych i preedypalnych oraz obron przed nimi, od dojrzałych, koncentrujących się wokół wyparcia, po prymitywne, oparte na rozszczepieniu. Podczas dojrzewania prymitywne obrony mogą koegzystować z obronami dojrzałymi (Kernberg, 2004). Paulina Kernberg (2000) natomiast przedstawia pogląd, że nastolatki z narcystycznymi zaburzeniami osobowości chronią wielkościowe *self* intensywną zawiścią, dewaluacją i prymitywną idealizacją, omnipotencją, kontrolą lub wycofaniem.

Dzieci i młodzież z problematyką narcystyczną mogą mieć poważne problemy w relacjach zarówno w domu, jak i w grupie rówieśniczej. Przyjaźń i miłość zostaje zastąpiona związkami, w których jest dominacja i submisja oraz odgrywanie wielkościowych fantazji. Sprawują omnipotentną kontrolę w rodzinie, trudno znoszą sytuacje, w których nie dominują i nie są w centrum uwagi (Kernberg, 2004). Często obawiają się ignorowania ze strony innych lub nieobdarzania uwagą, co wiąże się z wątpliwościami co do własnych możliwości wpływu czy wzbudzania reakcji innych osób. Nastolatki z narcystycznymi zaburzeniami osobowości są nękanie potrzebą dewaluacji innych, lękiem przed bliskością, potrzebą perfekcji i nieustannym zatroskaniem o ochronę siebie przed słabością oraz antycypowanym upokorzeniem (Bleiberg, 1994a).

Otto Kernberg (2004) wyróżnia też narcyzm złośliwy, jak również wskazuje, że antyspołeczne zaburzenia osobowości to skrajne kontinuum narcystycznych zaburzeń osobowości. Bleiberg (1994a) wyróżnia narcyzm histeryczno-ekshibicjonistyczny, narcyzm bezwzględny psychopatyczny oraz narcyzm masochistyczny. Wyróżnienie tylu typów narcystycznych zaburzeń osobowości dostarcza kolejnych trudności diagnostycznych, zwiększa ryzyko błędnej diagnozy albo diagnozę innego zaburzenia osobowości.

W psychodynamicznym podejściu podkreśla się również znaczenie różnicowania normalnego narcyzmu, pozwalającego utrzymać adekwatne poczucie wartości oraz patologicznego narcyzmu (Kernberg, 2004, Bleiberg, 1994a). Bleiberg (1994a) wskazuje, że w okresie adolescencji naturalnie pojawiają się skłonności do zażenowania i zawstydzenia, nieśmiałości oraz wątpliwości dotyczących własnej wartości. Kernberg (2004) podkreśla, że mogą się one pojawić nawet przy zintegrowanych reprezentacjach *self* i obiektu. Zatem diagnoza narcystycznego zaburzenia osobowości powinna zawierać nie tylko przejawy skępowania i kłopoty z samooceną, ale też opis rozszczepionych reprezentacji *self* i obiektu, prześladowczego *superego* oraz niestabilne relacje.

16.6. Antyspołeczne zaburzenie osobowości u adolescentów

Diagnoza antyspołecznego zaburzenia osobowości przysparza klinicystom wielu trudności. Z jednej strony wskazuje się na brak jednego ogólnego psychodynamicznego obrazu antyspołecznego adolescenta, który zostaje zdiagnozowany jako depresyjny, *borderline* czy narcystyczny (Awad, 1985). Z drugiej podkreśla się, że symptomy tego zaburzenia pojawiają się już we wczesnym dzieciństwie i są one względnie łatwe do zdiagnozowania (Kernberg, 2004).

16.6.1. Etiologia antyspołecznego zaburzenia osobowości u adolescentów

Otto Kernberg (2004) definiuje antyspołeczne zaburzenia osobowości jako najpoważniejszą patologię narcyzmu z nieobecnością funkcji *superego*. Podczas rozwoju nie dochodzi do zneutralizowania pierwszej warstwy prekursorów *superego*. Prymitywne i prześladowcze reprezentacje innych nie zostają złagodzone przez zinternalizowane wyidealizowane dobre obiekty (Kernberg, 1975, 1982, za: Groth, 2004). Niezdolność do internalizacji dobrych obiektów i identyfikacji z opiekunami prowadzi do niezdolności do psychicznego przywiązania (McWilliams, 2009). Wskutek uszkodzenia *superego* osoba jest pozbawiona oparcia związanego z moralnością. Poczucie bezpieczeństwa i własnej wartości jest zależne od natychmiastowego uznania ze strony innych, poczucia tryumfu i dominacji nad światem (Kernberg, 1975, 1982, za: Groth, 2004). Osoby z antyspołecznymi zaburzeniami osobowości mają wielkościowe, zagrożone i agresywne *self* oraz poprzez projekcję borykają się z niebezpiecznym i wrogim światem (Kernberg, 2004).

Paulina Kernberg (2000) wskazuje, że diagnoza antyspołecznych zaburzeń osobowości u dzieci i młodzieży wymaga przyjęcia określonej specyficznej perspektywy analizy rozwoju cech osobowości. W dzieciństwie cecha osobowości, jaką jest odporność na kary i nagrody, przekształca się później w brak poczucia winy i skruchy oraz brak empatii w adolescencji i dorosłości. Cechy te zmieniają się wraz z rozwojem jednostki i nie mogą być badane tymi samymi narzędziami. Natomiast na przestrzeni rozwoju dziecka wskazują one na określone cechy antyspołecznych zaburzeń osobowości.

16.6.2. Cechy antyspołecznych zaburzeń osobowości u adolescentów

Na wstępie warto podkreślić, że zachowania antyspołeczne nie są jednoznaczne z diagnozą antyspołecznych zaburzeń osobowości. Zachowania agresywne mogą wynikać z konfliktu neurotycznego, myślenia psychotycz-

nego, agresywnych obron, czy też z presji ze strony rówieśników (Gabbard, 2009). Prymitywne pierwotne *superego*, agresywne, zagrożone *self* i postrzeganie świata jako zagrażającego sprawia, że adolescent z antyspołecznymi zaburzeniami osobowości nie może stworzyć relacji, w której miałby oparcie. Jest to fundament do powstania przekonania, że osoby, które są dobre, są dla nich słabe. Natomiast uznawane są osoby nieprzewidywalne, posiadające siłę i władzę oraz sadystyczne. Nastolatek z antyspołecznym zaburzeniem osobowości będzie przeżywał na przemian nienawiść, wściekłość i zawiść oraz opartą na obronach pogardę i dewaluację wobec innych osób, nie wykazujących tak gwałtownych uczuć jak on (Kernberg, 1975, 1982, za: Groth, 2004).

Kernberg (1975, 1982, za: Groth, 2004) zwraca uwagę, że paranoidalna orientacja oraz psychopatyczne obrony sprawiają, że adolescent nie jest w stanie zinternalizować systemu wartości, włączając w to system wartości określonego agresora. Nastolatki z diagnozą antyspołecznego zaburzenia osobowości postrzegają świat jako zdeprawowany, z którego starają się zagarnąć też coś dla siebie (Awod, 1985). Antyspołeczne zachowania przejawiające się od wczesnego dzieciństwa są ważne w diagnozie tego zaburzenia. Adolescenci z antyspołecznym zaburzeniem osobowości nie są zdolni do poczucia winy. Często też nie są zdolni do zidentyfikowania systemu moralnego innych osób. Wykazują obojętność wobec innych, brak troski wobec innych, która jest związana z brakiem troski o samego siebie.

Charakterystyczna dla antyspołecznej osobowości u adolescentów jest nieobecność funkcji *ego* i *superego* związanej z poczuciem przyszłości oraz zdolności do planowania. Możliwe jest jednak planowanie krótkoterminowe, przynoszące gratyfikację, bez względu na moralność czy niemoralność zachowań. Brak psychicznej więzi w stosunku do innych i brak troski wobec siebie wyraża się w prowokacyjnych i pozbawionych lęku potencjalnie autodestrukcyjnych zachowaniach i skłonności do impulsywnych aktów samobójczych. Nastolatki z antyspołeczną osobowością nie są zdolne do uczenia się na własnych doświadczeniach i przyjmowania moralnego wsparcia, co utrudnia psychoterapię. Nie są też zdolne do integracji czułości z seksualnością, zatem ich seksualne związki wykazują cechy mechaniczne (Kernberg, 2004).

Otto Kernberg (2004) wyróżnia dwa typy właściwej antyspołecznej osobowości: agresywny i bierno-pasożytniczy. Typ agresywny antyspołecznej osobowości jest względnie łatwo rozpoznawany na podstawie obserwacji ze strony otoczenia dziecka podlegającego oddziaływaniom zachowań agresywnych młodego człowieka. Paulina Kernberg (1989, za: Kernberg, 2004) wskazała, że ten typ zaburzeń u dzieci charakteryzuje się przejawami nasilonej agresji od wczesnego dzieciństwa. Agresja ta może się wyrażać wobec

osób, zwierząt oraz przedmiotów. Początkowo w środowisku rodzinnym, a następnie w środowisku rówieśniczym dziecko jest agresywne, manipulujące i terroryzujące. Najbardziej przerażające dla otoczenia młodego człowieka są agresywne i/lub manipulacyjne zachowania, którym nie towarzyszą emocje. Później mogą one przybrać postać zachowań kryminalnych. Typ bierno-pasożytniczy osobowości antyspołecznej nie jest dostrzegany we wczesnym dzieciństwie, przede wszystkim wówczas gdy rodzina wykazuje cechy antysocjalne. Kiedy tło społeczne dziecka akceptuje zachowania antyspołeczne, są one włączane do kulturowo akceptowanych wzorców w wewnętrznym świecie dziecka, a potem nastolatka. Młody człowiek może kłamać i oszukiwać, a jego zachowania nie są traktowane poważnie w warunkach rodzinnej i społecznej dezorganizacji (Kernberg, 2004).

16.7. Zaburzenia osobowości *borderline* u adolescentów

Tak jak w przypadku pozostałych zaburzeń osobowości diagnozowanych u dzieci i młodzieży, wiele kontrowersji istnieje nadal wokół diagnozy zaburzeń osobowości *borderline* u adolescentów. Ekstein i Wallerstein (1954, za: Bleiberg, 1994b) zaproponowali termin *bordeline* dla dzieci, których zaburzenia nie można było przypisać ani do psychotycznych zaburzeń, ani do nerwicowych. Charakteryzowały się one nieprzewidywalnością, która paradoksalnie była jednym z przewidywalnych aspektów. Dzieci te wahały się pomiędzy neurotycznym a psychotycznym poziomem kontaktu z rzeczywistością, relacji z obiektem i organizacji obron. Od tego czasu jest duże zainteresowanie zaburzeniami osobowości *borderline* u dzieci i młodzieży, czego konsekwencją jest bardziej systematyczne nakreślenie rozwojowych i klinicznych cech charakterystycznych dla tego zaburzenia (Mishne, 1986; Bleiberg, 1994).

16.7.1. Etiologia zaburzenia *borderline*

Według Mahler (1971, za: Mishne, 1986; Bleiberg, 1994b) pomiędzy 12 a 36 miesiącem życia dziecko internalizuje niektóre z kojących aspektów obiektu, ćwiczy zdolności *ego* i używa ich do rozszerzania wiedzy o świecie, jak również o samym sobie. Wypracowuje sposoby wzbudzania pożądanых reakcji otoczenia, integruje dobre i złe reprezentacje *self* i obiektu. Wszystko to sprawia, że dziecko akceptuje siebie jako odrębną istotę i rozwija spójność obiektu, która przekształca się w zdolność do podtrzymywania relacji i wzbudzania kochającego i pocieszającego obrazu obiektu, pomimo separacji i frustracji.

Mahler i Kernberg (za: Bleiberg, 1994b) sądzą, że wypaczenie tego procesu rozwojowego jest przyczyną zaburzeń osobowości *borderline*. Kernberg (za: Bleiberg, 1994b) uważa, że podstawowy czynnik patogenetyczny nasila agresję zarówno pochodzącą z konstytucjonalnej skłonności, jak i pochodzącą z wczesnej frustracji, które prowadzą do przewagi negatywnych introjektów. Agresywne introjekty dziecka grożą zniszczeniem dobrych obrazów *self* i obiektów, czego skutkiem jest potrzeba rozszczepienia dobrych i złych reprezentacji. Centralną cechą patologii *borderline* jest ciągły wysiłek osoby w utrzymaniu dobrego lub wyidealizowanego obrazu *self* i obiektu w obliczu nieprzerwanej ofensywy złych obrazów siebie i obiektu. Proces ten jest szczególnie reaktywowany w obliczu separacji, frustracji lub porażki. Bleiberg (1994b) podkreśla znaczenie utraty lub separacji od rodziców oraz fizyczne i seksualne nadużycie, których konsekwencją może być zaburzenie osobowości *borderline* u młodych ludzi.

16.7.2. Cechy zaburzeń osobowości *borderline* u adolescentów

Bleiberg (1994b) jako charakterystyczne dla zaburzeń osobowości *borderline* u młodych ludzi przedstawia: egocentryczną arbitralną interpretację rzeczywistości, przejściowe zakłócenia w testowaniu rzeczywistości, osłabienie formalnego aspektu myślowego, czasowe zakłócenia w funkcjach *ego*, takie jak: brak tolerancji na frustrację, zaburzenia uwagi, zaburzenia ukierunkowania na cel, ponadto prymitywne afekty i popędy, jak również widoczne problemy w relacjach interpersonalnych oraz doświadczaniu siebie i innych. Niestabilne relacje z rodziną i rówieśnikami charakteryzują się na przemian idealizacją i nadmierną zależnością, a następnie zmieniają się we wściekłość, dewaluację, poczucie porzucenia i zdrady. Relacje interpersonalne nastolatków z zaburzeniami osobowości *borderline* są intensywne i dramatyczne.

Dziewczęta z zaburzeniami osobowości *borderline* charakteryzują się często promiskuityzmem, w szczególności te, które były wcześniej wykorzystane seksualnie. Nachalne zachowania uwodzące tych dziewcząt są wyrazem odwrócenia sytuacji molestowania i zdobycia kontroli nad bezradnością związaną z byciem wykorzystaną. Chłopcy z zaburzeniami osobowości *borderline* cierpią często na nasiloną nieśmiałość i lęk przez odrzuceniem (Bleiberg, 1994b). Warto podkreślić, że zarówno promiskuityzm, jak i brak kontaktów seksualnych w okresie dojrzewania nie są jednoznaczne z diagnozą jakiegokolwiek zaburzenia. Może to być jeden z objawów, lecz nie musi. Bemporad, Smith, Hanson i Cicchetti (1982, za: Bleiberg, 1994b; Kernberg, 1983) zarysowali kryteria diagnostyczne zaburzeń osobowości *borderline* u dzieci, składające się z poniższych cech:

- nagłe przejścia pomiędzy poziomami testowania rzeczywistości, od psychotycznopodobnych do neurotycznych;
- podatność na stany paniki zdominowane przez oznaki cielesnej dysocjacji, poczucie unicestwienia czy odrzucenia;
- zakłócenia w procesie i treści myślenia; myśli tracą powiązanie ze sobą i stają się idiosynkratyczne (wieloznaczne);
- zamieszanie w relacjach związane z dużą trudnością w rozróżnieniu pomiędzy sobą a innymi w momencie stresu; trudność w dostrzeganiu potrzeb innych osób oraz trudność w integrowaniu odseparowanych doświadczeń emocjonalnych w spójny związek;
- brak kontroli impulsów, nieumiejętność pomieszczania intensywnych afektów, odraczania gratyfikacji, kontrolowania wściekłości oraz modulowania destruktywnych lub autodestruktywnych tendencji.

Mishne (1986) zwraca uwagę na rolę poczucia winy w zaburzeniach osobowości *borderline* u nastolatków. Młody człowiek czuje się winny z powodu opuszczenia lub chęci opuszczenia rodziców, a wina ta osłabia jego zdolność do dalszego podążania w kierunku indywiduacji. Bleiberg (1994b, 2004) wskazuje, że dzieci z *borderline* przed osiągnięciem wieku szkolnego często spełniają kryteria diagnostyczne Osi I. Później często wykazują deficyty uwagi, nadpobudliwość (ADHD), zaburzenia zachowania, zaburzenia lęku separacyjnego lub zaburzenia nastroju. Jako adolescenti są lękliwi, wzbuchowi, podatni na ironię i zmiany nastroju. Labilność afektu tych młodych ludzi odzwierciedla szybko zmieniające się poczucie siebie i innych. Zachwyty, szczęście, przyjazność, cudowne połączenie w idealnej miłości i harmonii za swoim wyidealizowanym partnerem zmienia się szybko w złość i rozczarowanie wzmocnione przez autodeprywację oraz rozpacz.

Diagnoza zaburzeń osobowości w adolescencji jest nadal zjawiskiem kontrowersyjnym. Jednocześnie zdiagnozowanie tych zaburzeń w okresie dojrzewania wymaga dużej wiedzy klinicysty z zakresu rozwoju, kształtowania się tożsamości, stosowanych w tym czasie mechanizmów obronnych oraz znajomości środowiska młodego człowieka. Przedstawione powyżej zaburzenia osobowości mogą też współwystępować, co jeszcze bardziej zakłóca obraz diagnozy. Najwięcej uwagi poświęcono dotychczas opracowaniu kryteriów diagnostycznych dla wiązki B – dramatycznej, a w szczególności zaburzeniom osobowości *borderline*. Dalsze zajmowanie się diagnozą i obrazem klinicznym zaburzeń osobowości w dzieciństwie i adolescencji jest niezwykle ważne dla podejmowania wczesnych i adekwatnych działań psychoterapeutycznych. Klasyfikacje psychodynamiczne pozwalają obserwować objawy zaburzeń osobowości na kontinuum rozwojowym dzięki próbom opisanego i zidentyfikowania genezy, czym nie zajmują się klasyfikacje DSM-VI i ICD-10.

17

Zaburzenia seksualne w zaburzeniach osobowości

Maria Beisert, Agnieszka Izdebska

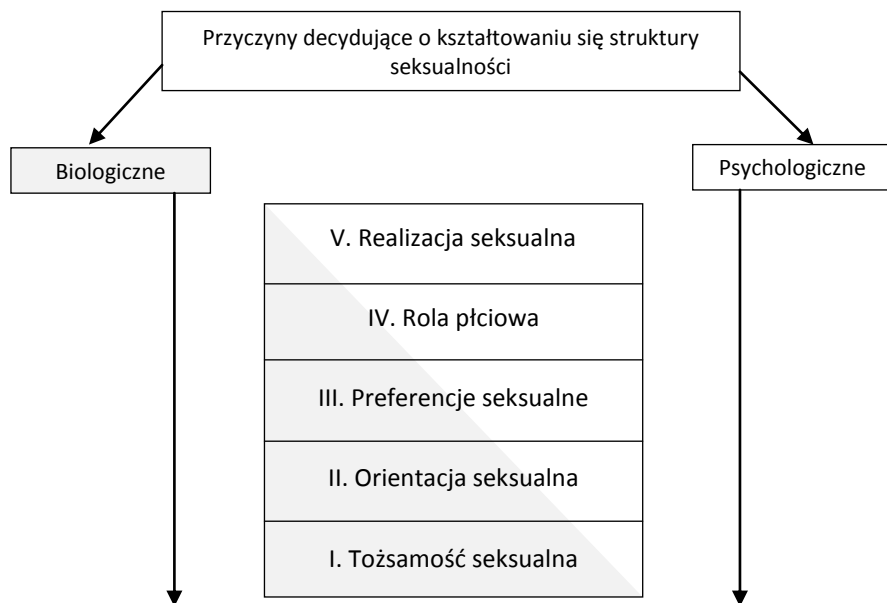
17.1. Wprowadzenie

Seksualność według nowszego podejścia teoretycznego ujmowana jest jako wrodzona funkcja ludzkiego organizmu, jako niezbywalny aspekt kondycji ludzkiej, zdeterminowany przez przyczyny biologiczne, psychiczne oraz społeczne i manifestujący się w tych obszarach (por. Beisert, 2004; Bancroft, 2011). Dynamika rozwoju seksualności w linii życia zakłada zmienny (co do proporcji i siły) wpływ czynników należących do wymienionych grup. W dzieciństwie i dorastaniu seksualność rozwija się głównie pod wpływem rodziny i grup rówieśniczych. W dorosłości o jej kształcie decydują cechy podmiotowe (z dominującą rolą cech osobowości), cechy trwałe relacji, którą podejmuje dorosły, wypełniając funkcję prokreacyjną oraz ramy kulturowe wyznaczające granice zachowań seksualnych i decydujące o ich ocenie.

17.2. Seksualność i zaburzenia seksualne człowieka

Analiza powiązań między zaburzeniami osobowości i zaburzeniami seksualnymi powinna zostać przeprowadzona w odniesieniu do określonego modelu seksualności człowieka. Przydatny w tym celu okazał się model autorstwa Seligmana, Walkera i Rosenhan (2003) podkreślający złożoną, warstwową strukturę seksualności. Zgodnie z nim – co zobrazowane zostało na rysunku 17.1 – seksualność człowieka przejawia się na pięciu poziomach, z których każdy kolejny nadbudowany jest na poprzednim. Poziomem pierwszym, leżącym u podstaw czterech pozostałych jest tożsamość płciowa, po której następują kolejno: poziom orientacji seksualnej, poziom preferencji seksualnych, poziom roli płciowej oraz poziom realizacji seksualnej.

Powyższy sposób konceptualizacji seksualności człowieka pociąga za sobą dwie istotne konsekwencje. Pierwsza związana jest ze sposobem definiowania obszarów i typów zaburzeń seksualnych, druga ze zmiennością opisaną strukturą w czasie, co z kolei implikuje także sposób rozumienia uwarunkowań owych zaburzeń. Zaburzenia seksualne w świetle nakreślonej koncepcji struktury seksualności człowieka oraz jego funkcjonowania seksualnego w zdrowiu mogą być definiowane i analizowane w odniesieniu do każdej z wymienionych warstw, a zatem przyjmować mogą postać zaburzeń związanych z tożsamością seksualną, zaburzeń związanych z orientacją seksualną, zaburzeń preferencji seksualnych, zaburzeń w zakresie roli płciowej, a także zaburzeń realizacji seksualnej.



Rys. 17.1. Struktura seksualności człowieka – model warstwowy (analiza treściowa). Opracowanie własne na podstawie: Seligman, Walker, Rosenhan, 2003.

Niniejszy model systematyzowania możliwych przejawów patologii seksualnej jest wyraźnie spójny z kategoryzacją zaburzeń seksualnych przyjętą w klasyfikacjach diagnostycznych odnoszących się do funkcjonowania psychicznego człowieka, takich jak Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD (WHO, 1994) lub Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM (APA, 2000).

W przypadku klasyfikacji DSM w obowiązującej aktualnie wersji IV TR (APA, 2000) podręcznika zaburzenia seksualne opisane zostały w rozdziale

„Zaburzenia seksualne i tożsamości płciowej”, w którym scharakteryzowane zostały trzy możliwe formy: 1) dysfunkcje seksualne (obejmujące zaburzenia pożądania seksualnego, zaburzenia wzbudzenia seksualnego, zaburzenia orgazmu, seksualne zaburzenia bólowe), 2) parafilie (obejmujące ekshibicjonizm, fetyszyzm, ocieractwo, pedofilię, masochizm seksualny, sadyzm seksualny, fetyszyzm transwestytyczny, oglądactwo oraz parafilię nieokreśloną inaczej), 3) zaburzenia tożsamości płciowej (obejmujące zaburzenie tożsamości płciowej oraz zaburzenie tożsamości płciowej nieokreślone inaczej).

W ICD-10 (WHO, 1994) zaburzenia seksualne kategoryzuje się w czterech grupach obejmujących: F52 Dysfunkcje seksualne nie spowodowane zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną, F64 Zaburzenia identyfikacji płciowej, F65 Zaburzenia preferencji seksualnych oraz F66 Zaburzenie psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną.

Obydwie klasyfikacje kładą nacisk na stosunkowo wyczerpujące opisanie możliwych zaburzeń wywodzących się z warstwy tożsamości płciowej, preferencji seksualnych oraz realizacji seksualnej z niniejszego modelu. W ograniczonym stopniu natomiast podejmują kwestie zaburzeń związanych z orientacją seksualną i rolą płciową. W DSM-IV TR (APA, 2000) zagadnieniom tym poświęcono jedynie ostatni z podpunktów rozdziału „Zaburzenia seksualne i tożsamości płciowej”, tj. ujęto je w klasę „zaburzenia seksualne nieokreślone inaczej”, w której to wymieniono zaburzenie polegające na „znacznym poczuciu niewłaściwości w odniesieniu do wydolności seksualnej albo innych cech związanych z narzucanymi sobie standardami męskości lub kobiecości” (Wciórka, 2008, s. 210), a także zaburzenie polegające na „utrwalonym i znacznym cierpieniu związanym z orientacją płciową” (Wciórka, 2008, s. 210). W ICD-10 możliwe zaburzenia związane z orientacją seksualną ujęte zostały w wymienionej już wyżej kategorii F66, która wskazuje na takie możliwe problemy, jak niepewność co do swojej orientacji lub jej nieakceptacja. W ICD-10 pominięto natomiast zupełnie występowanie problemów związanych z rolą płciową. Jest to efekt traktowania roli płciowej jako społecznej manifestacji tożsamości seksualnej, która nie powinna być oceniana przy użyciu kryteriów medycznych, ponieważ jest kształtowana przez kulturę i od niej zależy.

Drugą ważną konsekwencją wynikłą z przedstawionego warstwowego modelu ludzkiej seksualności jest sposób rozumienia genezy seksualności człowieka, a więc także sposób rozumienia genezy związanych z nią zaburzeń. Zgodnie z ujęciem Seligmana i zespołu (2003), seksualność budują i kształtują dwa zbiory czynników – biologiczne i psychologiczne, pozostające ze sobą w interakcji. Podstawowym założeniem koncepcji jest zmien-

ność siły ich wpływu w zależności od „wieku” warstwy. Warstwy najstarsze i zarazem podstawowe, powstające w okresie płodowym, pozostają głównie pod wpływem czynników biologicznych, trudno poddających się zmianie. Udział czynników psychologicznych (czy szerzej psychospołecznych) w ich genezie jest mniejszy, choć nadal bardzo istotny. Udział ten wzrasta w każdej kolejnej warstwie. Realizacja seksualna opierająca się na reakcjach związanych z pożądaniem, podnieceniem, orgazmem zależna jest w wysokim stopniu od czynników psychologicznych.

Model ludzkiej seksualności dobrze odzwierciedlający jej istotę powinien być opisany w perspektywie rozwojowej. Seksualność zmienia się bowiem i jest kształtowana w cyklu życia jednostki, a nie jest atrybutem jedynie wybranego, ściśle ograniczonego okresu życia. Rozwój seksualny jest zatem procesem zaczynającym się jeszcze w życiu płodowym, a droga wiodąca od infantylnych zachowań i doświadczeń seksualnych dziecka do seksualności dojrzałej prowadzi przez liczne etapy reorganizacji i jest spleciona z całością rozwoju osobowości. To, w jaki sposób przebiega i rozwija się seksualność, jest zatem uzależnione od rozwoju osobowości człowieka i zderminowane nim. W konsekwencji, wszelkie zaburzenia dotyczące rozwoju osobowości będą ujawniać się także na poziomie funkcjonowania seksualnego. Stąd można założyć, że określone cechy osobowości, a w szczególności określone typy zaburzeń osobowości, powinny wiązać się z określonymi typami zaburzeń seksualnych. Dowodów na istnienie tej wzajemnej zależności dostarczają liczne badania pokazujące współwystępowanie zaburzeń seksualnych z zaburzeniami osobowości.

17.3. Współwystępowanie zaburzeń seksualnych i zaburzeń osobowości w świetle badań empirycznych

Badania nad współwystępowaniem określonych rysów osobowościowych i zaburzeń seksualnych sięgają lat 70. ubiegłego wieku. Ich istotą jest poszukiwanie związków między określonym typem zaburzeń seksualnych a cechami podmiotowymi pacjentów cierpiących na te zaburzenia, po to, by wyjaśnić genezę zaburzeń seksualnych i decydować o rodzaju uruchomianej interwencji. Założenie o podmiotowych i psychologicznych uwarunkowaniach zaburzeń seksualnych wpływa nie tylko na sposób ich konceptualizacji, ale przede wszystkim udziela odpowiedzi na temat zasadności stosowania psychoterapii w ich leczeniu. Uznając ograniczenia tej metody postępowania wobec osób z określonymi cechami osobowości, czy wręcz

z zaburzeniami osobowości, odnalezienie wyżej wspomnianych związków pozwala uniknąć błędnego stosowania farmakoterapii czy leczenia chirurgicznego tam, gdzie są one nieskuteczne oraz pozwala na oszacowanie, jaki typ psychoterapii byłby najbardziej efektywny.

Przegląd badań rozpoczynają badania nad związkami osobowości z dysfunkcjami seksualnymi. Reprezentuje je projekt badawczy zrealizowany przez Kupfer, Rosenbaum i Detre (1977) w grupie 185 pacjentów psychiatrycznych leczonych ambulatoryjnie. Zaobserwowano m.in. pozytywną korelację pomiędzy impulsywnością a doświadczaniem różnego typu problemów seksualnych należących do warstwy realizacji seksualnej. Analizie poddano grupę kobiet, które zgłaszały problemy w relacji z partnerem oraz wskazywały na utrzymujące się od długiego czasu trudności z doświadczaniem pobudzenia seksualnego. W grupie tej odnotowano podwyższony poziom doświadczanego lęku oraz impulsywność. Z kolei w grupie mężczyzn, u których zdiagnozowano chroniczną przedwczesną ejakulację, jednocześnie stwierdzono występowanie chronicznego lęku. Kupfer, Rosenbaum i Detre nie zaobserwowali natomiast związków pomiędzy cechami funkcjonowania seksualnego a fobiami i obsesyjnością. Podobne typy badań dotyczące związku cech osobowości i zaburzeń seksualnych o charakterze dysfunkcji podejmowane są także współcześnie. Wiele z nich podnosi tematykę znaczenia różnego typu zaburzeń lękowych dla seksualności człowieka. Przykładowo w badaniu van Minnen i Kampman (2000) 76,4% pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych przejawiało jedną lub więcej dysfunkcji seksualnych, w porównaniu z 17,6% osób z grupy kontrolnej. W szczególności kobiety wykazywały statystycznie istotnie niższy poziom pożądania seksualnego, a także mniejszą częstość podejmowania kontaktów seksualnych. W badaniu opisowym Rasmussen i Tsuang (1986) stwierdzili, iż 32% spośród 44 badanych pacjentów z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym wykazywało konfliktowość intrapsychiczną pomiędzy seksualnymi impulsami a posiadanymi wartościami, co – zgodnie z koncepcjami psychoanalitycznymi (por. charakterystyka funkcjonowania seksualnego osób o wyższym poziomie organizacji patologii opisana poniżej) – jest charakterystyczne dla niektórych zaburzeń osobowości.

Inny sposób badania przedstawiają te projekty, które opisują funkcjonowanie seksualne osób z określonym zaburzeniem osobowości. Wtedy ważne są już nie konkretne, pojedyncze cechy osobowości, które mogą pojawiać się w diagnozie różnych zaburzeń osobowości i wiązać się z różnymi zaburzeniami seksualnymi, ale poszukiwanie, a potem przewidywanie, jakie zaburzenia seksualne powstać mogą w przypadku konkretnego typu zaburzenia osobowości. Obecnie stosunkowo najwięcej badań dotyczy funkcjonowania seksualnego osób z zaburzeniem osobowości *borderline*. Najpierw

omówione zostaną projekty, które skupiają się na dysfunkcjach seksualnych występujących w tej grupie pacjentów.

Najczęściej diagnozowane problemy seksualne to podwyższona impulsywność związana z zachowaniami seksualnymi, obniżony poziom przeżywanej satysfakcji seksualnej, podwyższony poziom nudy w relacjach seksualnych, zwiększone zaabsorbowanie seksem, unikanie seksu, różnego typu dysfunkcje seksualne (Dulit i in., 1993; Hurlbert, Apt, White, 1992; Stone, 1985; Zanarini i in., 2003; Zubenko i in., 1987; Neeleman, 2007, za: Bouchard, Godbout, Sabourin, 2009). Hull i in. (1993) w badaniu 71 hospitalizowanych pacjentek z rozpoznaniem zaburzeniem osobowości *borderline* odnotowali u 46% spośród nich zachowania polegające na impulsywnym nawiązywaniu relacji seksualnych z partnerami, których dobrze niż znaty. Z kolei zespół Schulze-Herbruggen i in. (2009) w grupie 45 kobiet z rozpoznaniem osobowości *borderline* wykazał znacząco częstsze występowanie dysfunkcji seksualnych niż w grupie kontrolnej. Dysfunkcje dotyczyły sfery podniecenia, mechaniki współżycia (zaburzenia lubrykacji), doświadczania orgazmu, doświadczania satysfakcji z kontaktu seksualnego oraz doświadczania bólu podczas kontaktu seksualnego. Dalsze analizy w ramach tego samego badania wskazują, iż istotnym czynnikiem determinującym powyższe powiązania jest doświadczenie seksualnej traumatyizacji.

Serię analiz związku pomiędzy zaburzeniem osobowości *borderline* i różnego typu zachowaniami seksualnymi podjęli także Sansone'owie z innymi badaczami (Sansone, Sansone, 2011). W roku 2008 Sansone i in. przebadali 76 kobiet i zdefiniowali dwa statystycznie znaczące związki. W porównaniu z grupą kobiet bez diagnozy *borderline* badane doświadczyły wcześniej różnego typu aktywności seksualnej oraz częściej były ofiarami gwałtów podczas randek. W 2009 roku Sansone i in. przeanalizowali swoje bazy danych ($N = 972$), w których znaleźli się pacjenci psychiatryczni i niepsychiatryczni z diagnozą lub bez diagnozy osobowości *borderline*. Porównania wykazały dwukrotnie częstsze nawiązywanie przypadkowych relacji seksualnych, a także prezentowanie zachowań promiskuitycznych przez osoby z diagnozą *borderline*. Rok później, w innym badaniu, ten sam zespół (Sansone i in., 2010) w grupie 126 pacjentów psychiatrycznych wykazał, iż osoby z zaburzeniem osobowości *borderline* miały większą liczbę (statystycznie znacząco) partnerów seksualnych, częściej doświadczały gwałtów ze strony nieznanymi osób oraz częściej były przymuszane do seksu. Nie odnaleziono natomiast, w powyższym badaniu, związku pomiędzy zaburzeniem osobowości *borderline* a wiekiem osoby, w którym doszło do pierwszego stosunku, częstością leczenia z powodu chorób przenoszonych drogą płciową, doświadczaniem gwałtu ze strony znanego partnera, częstością doświadczeń homoseksualnych. Autorzy konkludują, iż większość zaburzeń

seksualnych identyfikowanych u osób z zaburzeniem osobowości *borderline* przypisać można do jednego z dwóch obszarów: impulsywności oraz wiktymizacji. Do obszaru związanego z impulsywnością należą takie cechy funkcjonowania seksualnego, jak: ogólne większe zaabsorbowanie seksem, doświadczenie seksualne we wcześniejszym okresie życia, przypadkowe relacje seksualne, duża liczba partnerów seksualnych, promiskuityzm, eksperymenty homoseksualne. Z kolei do obszaru związanego z wiktymizacją należą: znaczna ilość ryzykownych zachowań seksualnych, częste doświadczenia bycia przymuszonym do seksu, doświadczenia gwałtów, a także znaczna częstość zakażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową (Sansone, Sansone, 2011). Aczkolwiek omówione badania dostarczają istotnych informacji o zakładanych związkach, ich wynik traktować należy jako dodatkowy głos w dyskusji nad planowanym procesem interwencji wobec osób z łącznymi zaburzeniami osobowości *borderline* i dysfunkcjami seksualnymi. Planowanie psychoterapii zawierającej program terapii seksualnej związanej z dysfunkcjami stanowi poważny błąd w sytuacji ofiar seksualnych traum, a jego wdrożenie, z pozoru poprawne, doprowadzić może do naruszenia dotychczasowych mechanizmów obronnych. Dysfunkcje seksualne, chroniące w tym wypadku ofiarę przed kontaktem z traumą, mimo odkrytego podstawowego związku między nimi a zaburzeniem osobowości są raczej informacją o sposobie (nieskutecznym) radzenia sobie z traumą niż elementem, na którym należy skoncentrować interwencję seksuologiczną (Maltz, 2002).

Istnieje wiele badań oprócz tych, w których poszukuje się powiązań między dysfunkcjami seksualnymi a zaburzeniami osobowości, mówiących o związkach zaburzeń osobowości z zaburzeniami seksualnymi powstającymi (przynajmniej zgodnie z koncepcją Seligmana i zespołu) znacznie wcześniej. Chodzi o zaburzenia w zakresie identyfikacji płciowej oraz orientacji seksualnej (rozumianej przede wszystkim jako niepewność co do swojej orientacji). Zaburzenie w zakresie poczucia tożsamości jest bowiem jednym z kryteriów diagnostycznych osobowości *borderline* (por. DSM, APA, 2000), a z kolei tożsamość płciową oraz orientację seksualną uważa się za istotne elementy całościowej tożsamości człowieka. W DSM-III (APA, 1980) związek ten wyrażony jest bezpośrednio: zaburzenie w zakresie tożsamości zostało tam zoperacjonalizowane jako niepewność m.in. w zakresie tożsamości płciowej. Z kolei w DSM-III R (APA, 1987), opisując zaburzenie w zakresie tożsamości, wskazuje na kwestię niepewności w zakresie orientacji seksualnej. Bezpośrednie wskazanie sfery funkcjonowania seksualnego jako elementu tożsamości zostało natomiast pominięte w DSM-IV TR (APA, 2000), które ogranicza definicję zaburzenia w zakresie tożsamości do wyrażnie i trwale niestalego obrazu siebie lub poczucia *self* (za: Singh i in., 2011).

Co ciekawe, badania (a były to badania nieliczne), które w tym zakresie prowadzono, nie wykazały jednoznacznie oczekiwanego związku pomiędzy zaburzeniem osobowości *borderline* a nieprawidłowościami w zakresie tożsamości płciowej czy orientacji seksualnej. Przykładowo w badaniach Wilkinson-Ryan i Westen (2000, za: Singh, 2011) dokonane przez klinicystów oceny problemów pacjentów *borderline* związanych ze sferą tożsamości płciowej były stosunkowo niskie w porównaniu z ocenami dotyczącymi 34 innych możliwych obszarów zaburzeń związanych z tożsamością. Podobnie, niskie wskaźniki w zakresie dysforii płciowej (niezadowolenia – o wysokim stopniu nasilenia – z własnej płci biologicznej) u pacjentów *borderline* uzyskali Singh i in. (2011).

Pewną wskazówką, która pozwala zinterpretować te niejednoznaczne wyniki o związku osobowości *borderline* z zaburzeniami tożsamości płciowej, mogą być wyniki innych badań, o szerszym zakresie, wykraczającym poza tylko analizę osobowości jednego typu. Chodzi o badanie powiązania zaburzeń psychicznych różnego typu – w tym zaburzeń osobowości – z zaburzeniami w zakresie warstwy tożsamości płciowej prowadzone wśród osób transseksualnych. Realizowane badania nierzadko dostarczały wzajemnie sprzecznych wyników. Przykładowo Hoening i in. (1970, za: Miach i in., 2000) stwierdzili różnego typu zaburzenia psychiatryczne u 70% transseksualistów objętych projektem. Z kolei wyniki innych badań (m.in. tych samych Hoening i Kenna, 1974; Roback i in., 1977, za: Miach i in., 2000) wskazały, iż albo większość, albo przynajmniej znaczna część osób transseksualnych nie wykazuje żadnych objawów psychopatologii. Miach i in. (2000), odnosząc się do rozbieżności wyników, za ważną jej przyczynę uznają m.in. odmienny dobór osób do grup badanych – np. dość dowolne różnicowanie bądź nierozróżnianie grup transseksualistów oraz osób przejawiających problemy identyfikacji płciowej niepowiązane z uporczywym domaganiem się zmiany płci. Badanie, w którym rozróżniono te dwie grupy osób, przeprowadzili Bodlund i Armelius (1994). Wykazało ono wśród osób transseksualnych jedynie umiarkowany poziom dodatkowych zaburzeń z Osi I i Osi II klasyfikacji DSM-III R (APA, 1987), podczas gdy u osób z zaburzeniami identyfikacji płciowej nietransseksualnych ujawniła się dominacja dodatkowych zaburzeń. Podnosząc powyższą kwestię, Miach z zespołem (Miach i in. 2000) zaprojektował badanie, w którym porównał wyniki na skalach MMPI dwóch grup 82 dorosłych biologicznych mężczyzn deklarujących chęć przejścia operacji zmiany płci. Pierwsza podgrupa składała się z 48 osób zdiagnozowanych jako transseksualne zgodnie z kryteriami DSM-III R (APA, 1987), druga – 34 osób zdiagnozowanych zgodnie z kryteriami DSM-III R (APA, 1987) jako zaburzenia identyfikacji płciowej okresu dojrzewania i dorosłości typu niestransseksualnego. Okazało się,

iż średnia profilów uzyskiwanych przez osoby transseksualne nie wskazywała na żadną psychopatologię (jedyną podwyższoną skalą była skala Mf), podczas gdy średnia profilów osób z drugiej grupy wskazywała na umiarkowany poziom psychopatologii (podwyższenie dotyczyło skal D i Sc oraz kilku skal dodatkowych). Przeprowadzona w tym samym badaniu analiza skupień doprowadziła do wyłonienia 2 wiązek psychopatologii: wiązki lżejszej psychopatologii, w której lokowało się 85% osób zdiagnozowanych jako transseksualne oraz wiązki ostrej psychopatologii, w której lokowało się 47% osób z grupy drugiej. Wyniki te zgodne są z obserwowaną w tej drugiej grupie 47% osób tendencją do przejawiania motywowanego napięciem, przemijającego transwestytyzmu oraz ambiwalencji i niepewności w zakresie tożsamości. Pod koniec okresu przeprowadzanej diagnozy psychiatrycznej większość osób z tej grupy została oceniona jako będąca w fazie dekompensacji związanej z poważnym zaburzeniem osobowości. W przeciwieństwie do nich u osób transseksualnych obserwowano silną i trwałą identyfikację z płcią przeciwną i mniej emocjonalnych napięć. Wyniki badań testem MMPI były ponadto zgodne z diagnozą kliniczną tych osób opartą na DSM. Jedynie u 29% transseksualistów stwierdzono dodatkowe zaburzenia psychiatryczne (zaburzenia osobowości z wiązki A lub B) w porównaniu z 65% osób z grupy zaburzeń identyfikacji płciowej typu nietransseksualnego, u których zdiagnozowano dodatkowe zaburzenia z Osi I lub Osi II (wszyscy poza jedną osobą z tej grupy przejawiali zaburzenia osobowości z wiązki A lub B). Wyniki powyższych badań nie potwierdzają zatem tezy, iż transseksualizm wiąże się z poważnymi zaburzeniami osobowości. Zaburzenia te odnaleźć można natomiast wśród osób z zaburzeniami identyfikacji płciowej, jednak nieprzejawiających uporczywego pragnienia zmiany płci. Wartość tych wyników polega przede wszystkim na tym, że mogą stanowić istotny argument potwierdzający głównie biologiczne, a nie psychologiczne uwarunkowanie transseksualizmu. Ostatecznie zaś mogą liczyć się w procesie projektowania terapii dla obu grup osób.

Ostatni rodzaj omawianych zaburzeń seksualnych i ich związków z zaburzeniami osobowości dotyczy preferencji seksualnych (parafilii). Znaczna ilość badań obejmuje analizę powiązań pomiędzy psychopatycznym zaburzeniem osobowości a sadyzmem. Zarówno sadyzm seksualny, jak i psychopatyczne zaburzenie osobowości wiąże kilka wspólnych czynników, takich jak gotowość do zadawania fizycznego i psychicznego bólu czy brak współczucia dla cierpienia innych osób. Badania w tym zakresie podejmowane były przede wszystkim na grupach więźniów. Harris i Rice (2009, za: Mokros i in., 2011) odnotowali istotną pozytywną korelację ($r = .23$) pomiędzy doświadczaniem fizjologicznego podniecenia w reakcji na opisy brutalnego seksu i psychopatią w grupie 164 gwałcicieli. Z kolei Porter i in. (2003,

za: Mokros i in. 2011) przeanalizowali akta sądowe 38 mężczyzn skazanych za morderstwo seksualne. Wśród nich zdiagnozowano 18 psychopatów. Analizy wykazały wyższe wskaźniki zarówno niepohamowanych, jak i sadystycznych form przemocy w grupie osób psychopatycznych w porównaniu ze skazanymi bez tej diagnozy. Przemoc sadystyczna była przez badaczy zdefiniowana jako taka, co do której albo osoba sama przyznaje, albo też wynika to z analizy sceny zbrodni, iż sprawca czerpał przyjemność ze stosowania jej wobec ofiary. Istnienie związków między osobowością antyspołeczną i zaburzonymi zachowaniami seksualnymi (badania dotyczyły gwałcicieli i pedofilów, a więc niekoniecznie osób z zaburzeniami preferencji seksualnych) potwierdzają wyniki badań Curnoe i Langevina (2002). Natomiast badania dwóch kolejnych zespołów badawczych (Langstrom i in., 2004; Abracen i in., 2006) wskazują na różnorodne zaburzenia osobowości związane z pedofilią i zgwałceniem, przy czym w grupie gwałcicieli zaburzenia te są znacznie częstsze. Te wyniki, podobnie jak cytowane wyżej wyniki badań dotyczących zaburzeń identyfikacji i dysfunkcji seksualnych wskazują na istotną rolę czynników podmiotowych w genezie zaburzeń seksualnych, mimo że nie udało się ustalić związków określonych typów zaburzeń osobowości z określonymi zaburzeniami preferencji seksualnych (poza pewnymi dowodami na związek osobowości dys socjalnej z wysoką agresją seksualną).

Interesujących danych na temat powiązań pomiędzy zaburzeniami seksualnymi a zaburzeniami osobowości dostarczają badania prowadzone wśród osób określających się jako aseksualne. Badanie takie podjęła grupa Brotto i in. (2010). Skrócona ocena cech osobowości dokonana z wykorzystaniem kwestionariusza PAS (*The Personality Assessment Screener* – Morey, 1991, za: Brotto i in., 2010) wykazała, iż 56,3% osób uzyskało podwyższony wynik ogólny, a w obrębie tej podgrupy badanych, najbardziej wyróżniającym się wymiarem był wymiar społecznego wycofania (80% osób z powyższej podgrupy osiągnęła w jego zakresie wartość kliniczną). Ponadto w tej samej grupie badanych w innym kwestionariuszu odnoszącym się do problemów interpersonalnych (*The Inventory of Interpersonal Problems-Circumplex Version*, Horowitz i in., 1988, za: Brotto i in., 2010) jedynym podwyższonym wymiarem był wymiar społecznego zahamowania. Zdaniem badaczy połączenie powyższych dwóch tendencji pozwala spodziewać się u tych badanych wystąpienia zaburzenia osobowości z wiązki A, w szczególności schizotypowego zaburzenia osobowości (Brotto i in., 2010). Wyniki te niewiele wnoszą do dyskusji o naturze seksualności człowieka, którego aseksualność traktowana jest obecnie jako odchylenie od normy zdrowia seksualnego. Liczne ruchy i organizacje osób aseksualnych (najbardziej popularna to witryna internetowa AVEN – *Asexual Visibility and Education Network* – zało-

żona przez D. Jaya) protestują przeciwko takiemu ujmowaniu braku zainteresowań seksualnych i optują na rzecz wyłączenia aseksualności z obszaru patologii. Związki zaburzeń osobowości z zaburzeniami seksualnymi jeszcze nie stanowią dowodu na pozostawienie aseksualności w tym obszarze.

17.4. Teoretyczne podłoże współwystępowanie zaburzeń seksualnych i zaburzeń osobowości

Model seksualności człowieka zaproponowany przez Seligmmana i zespół jest modelem na tyle ogólnym, że jego twierdzenia mogą być wyjaśniane za pomocą różnych teorii szczegółowych, między innymi tych, które wskazują na znaczenie czynników podmiotowych (osobowościowych) w rozwoju seksualnym człowieka. Teorie te z jednej strony powinny dobrze opisywać strukturę osobowości, a z drugiej powinny pozwalać na wyjaśnianie jej udziału w patomechanizmie zaburzeń seksualnych, na których powstanie wywiera znaczący wpływ. Wybrano w tym celu koncepcję osobowości O. Kernberga (1976) mieszczącą się w jednym z nurtów teorii relacji z obiektem. Zrozumienie powiązań dynamiki leżącej u podstaw zaburzenia seksualnego z dynamiką zaburzonej osobowości pacjenta nie tylko pozwala wyjaśnić zjawiska z obszaru seksualnego ale ponadto jest pomocne w planowaniu oddziaływań terapeutycznych i prognozie dla ich efektywnego leczenia.

Odnosząc się do funkcjonowania seksualnego człowieka, Kernberg (1998) podejmuje się określenia, jakie zachowania seksualne można uznać z perspektywy psychoanalitycznej za mieszczące się w normie. Jako najogólniejsze kryterium normalności wskazuje on zdolność do czerpania radości (w szerokim zakresie) z seksualnych fantazji i aktywności; integrację tych form seksualnego funkcjonowania z czułością z opartym na miłości związku wzmacnianym przez wzajemność seksualnej przyjemności, wzajemność emocjonalnego zaangażowania oraz przez jego idealizację (Kernberg, 1998). Wynika stąd pośrednio, że normalna jest zdolność do kontrolowania agresji obecnej w zachowaniach seksualnych po to, by dążyć do wyeliminowania z kontaktów seksualnych nienawiści, niebezpiecznych, eksploatujących intencji i zachowań. Ta definicja nie traktuje autoerotyzmu jako zachowań wykraczających poza normę. Nie są one ani niebezpieczne, ani destrukcyjne. Podstawą tak zdefiniowanego funkcjonowania seksualnego jest integracja wczesnej, infantylnej, polimorficznej, pregenitalnej seksualności (jej aspektów sadystycznych, masochistycznych, voyeurystycznych, ekshibicjonistycznych i fetyszystycznych) z seksualnością genitalną, innymi słowy zdolność

włączenia infantylniej seksualności w czuły związek partnerski oraz w zdolność uzyskiwania seksualnego podniecenia i orgazmu w stosunku seksualnym. Implikacją takiego sposobu rozumienia uwarunkowań funkcjonowania seksualnego jest poszukiwanie genezy i mechanizmów powstawania i utrzymywania się zaburzeń seksualnych w strukturze osobowości jednostki (Kernberg, 2004a).

17.5. Funkcjonowanie seksualne i zaburzenia seksualne u osób na poszczególnych poziomach organizacji osobowości

Koncepcja Kernberga dostarcza systematycznych ustaleń dotyczących konstrukcji i działania struktury psychicznej człowieka. Odnosząc się do pojęcia struktury osobowości, Kernberg wskazuje, iż rozumie przez nie ogólną organizację intrapsychiczną cechującą się stabilnością, ciągłością oraz stałością w czasie (Kernberg, 1980). Przedstawiając swój model diagnozy różnicowej osobowości, Kernberg odwołał się do trzech poziomów, na których może być ona zorganizowana: neurotyczny, *borderline* – w tym wyższy i niższy poziom organizacji *borderline* – oraz psychotyczny, a których osiągnięcie przez człowieka zdeterminowane jest przebiegiem jego rozwoju we wczesnym dzieciństwie. Zgodnie z niniejszym modelem poszczególne zaburzenia osobowości rozmieszczone są na poziomie neurotycznym oraz wyższym i niższym *borderline*.

17.5.1. Organizacja osobowości neurotyczna

Ze względu na sprawny sposób działania *ego* (wysoki poziom integracji tożsamości, zdolności do testowania rzeczywistości oraz dojrzałe mechanizmy obronne) osoby o neurotycznej organizacji osobowości są w stanie tworzyć stabilne relacje interpersonalne (w tym też seksualne) o utrzymanych jasnych granicach pomiędzy przeżyciem *self* oraz osób, z którymi te relacje są tworzone. Obraz *self* oraz innych jest ponadto zdecydowanie bardziej zróżnicowany niż u osób o organizacji *borderline* czy psychotycznej. Relacje interpersonalne tworzone przez te osoby oparte są na triadycznym wzorcu uwewnętrznionej relacji z obiektem. *Self* przeżywane jest jako stanowiące element systemu relacji (Johnston, 1991) w przeciwieństwie do preedypalnej organizacji, która ma charakter diadyczny. Oznacza to, że osoby te są w stanie utrzymywać nie tylko relacje z określoną osobą, ale też spostrzegać jej

relacje z innymi i zajmować wobec nich określone pozycje, np. rywalizacji, zazdrości. Na poziomie neurotycznym zorganizowane są zgodnie z modelem Kernberga zaburzenia osobowości histeryczne, obsesyjno-kompulsyjne oraz depresyjno-masochistyczne (Kernberg, 2004b).

Psychopatologia seksualna typowa dla tych osób organizuje się przede wszystkim wokół edypalno-genitalnego poziomu rozwoju. Osoby na neurotycznym poziomie organizacji osobowości osiągnęły bowiem stadium, w którym dominująca jest faza genitalna i konflikty edypalne, a nie występuje natomiast kondensacja genitalnych pragnień seksualnych z pregenitalnymi, agresywnymi dążeniami, w której dominowałyby te drugie (Kernberg, 1976). Impulsy te bowiem są poddawane represji oraz sublimacji w odpowiedzi na działanie dobrze zintegrowanego, ale i silnie karzącego *superego* tych osób. *Superego* na tym poziomie jest zdepersonalizowane i nie jest tak sadystyczne jak u osób *borderline*, ale może być surowe i karzące w odpowiedzi na impulsy i pragnienia gratyfikacji popędów – tj. przede wszystkim seksualnych i agresywnych fantazji i pragnień (Acklin, 1994). Osoby o organizacji neurotycznej są zatem w stanie tworzyć stabilne relacje, ale relacje te nierzadko pełne są wewnętrznej konfliktowości. Obrony uruchamiane przez *ego* przeciw nieakceptowanym impulsom seksualnym i agresywnym opierają się na wyparciu i są głównie natury hamującej, fobijnej albo są reakcjami reaktywnymi przeciwko wypartym popędowym potrzebom. Stąd też w funkcjonowaniu seksualnym osoby te przejawiać mogą różnego typu zahamowania wywołane konfliktami wewnętrznymi i lękiem moralnym przed surowym i karzącym *superego*. Na poziomie funkcjonowania zewnętrznego problematyka ta przejawiać się może zahamowaniami we wchodzeniu w bliskie intymne relacje, poczuciem winy i wstydu za realizację swoich pragnień agresywnych i seksualnych, ograniczeniem możliwości doświadczenia satysfakcji seksualnej czy trudnością w podejmowaniu zachowań rywalizacyjnych. Pojawiać się tu mogą zatem różnego typu dysfunkcje seksualne uwarunkowane nieświadomym lękiem przed surowym *superego*, a także zaburzenia czerpania satysfakcji z bliskości z drugą osobą. Przykładowo u osób o osobowości histerycznej mieszanina odczuwanego w relacji do drugiej osoby smutku, złości i poczucia krzywdy może stanowić obronną reakcję wobec wypartego podniecenia seksualnego oraz fantazji edypalnych (Kernberg, 1995). Pojawiające się u osób o neurotycznym poziomie organizacji osobowości symptomy rozumieć można zatem jako rodzaj kompromisu pomiędzy impulsami seksualnymi i agresywnymi oraz wymaganiami *superego*.

U niektórych osób o neurotycznej organizacji osobowości pojawiać mogą się także perwersje seksualne. Nigdy jednak nie mają one charakteru silnie destruktywnego (nie są zagrażające dla zdrowia i życia osoby ani nie są

związane z destrukcją możliwości funkcjonowania w bezpiecznej stabilnej relacji partnerskiej). Jak wskazuje Kernberg (2004a), to, co łączy wszystkie perwersje seksualne, to zahamowanie seksualnej kreatywności i elastyczności połączone z idealizacją określonego seksualnego scenariusza, który z kolei wywodzi się z dominującego u danej osoby polimorficznego perwersyjnego infantylnego popędu. Tak rozumiane perwersje mogą być realizowane w odmienny sposób i na różnej głębokości w zależności od poziomu organizacji osobowości (Kernberg, 2004a). Ich klasyfikacja opiera się na kontinuum głębokości zaburzenia odnoszącego się do stopnia dominacji agresji nad perwersją oraz stopnia, w jakim niebezpieczne dla życia zachowania wdzierają się do potencjalnej relacji z obiektem, w ramach której perwersja jest realizowana (Kernberg, 2004a). Na poziomie neurotycznym oraz wyższym *borderline* u osób zdolnych do stworzenia stabilnych relacji z obiektem, perwersje przybierają zatem formę scenariusza realizowanego w związku z partnerem, a związek ten przeżywany jest jako trwały i bezpieczny. Mają one zazwyczaj szczegółowo rozpisany scenariusz, którego realizacji towarzyszy stabilne poczucie „jak gdyby” (Kernberg, 1995), a realizowane w ramach takiej perwersji zachowania w zasadzie nie są zagrażające dla życia ani zdrowia. W przypadku perwersji na poziomie neurotycznym oraz wyższym *borderline* rozgrywana jest nieświadoma dynamika, włączając w to konflikty i pragnienia edypalne. Fiksacja na poziomie częściowego popędu służy zatem zaprzeczeniu lękowi kastracyjnemu, a realizacja pregenitalnego seksualnego scenariusza służy jako obrona przeciw edypanym genitalnym konfliktom. Z tego powodu możliwości realizowania zachowań seksualnych w ramach ustalonego scenariusza perwersji towarzyszy często zahamowanie w innych obszarach funkcjonowania seksualnego (Kernberg, 2004a). Wszelkie ujęte w ramy perwersji na tym poziomie interakcje seksualne stanowią symboliczną realizację sceny pierwotnej, a regresja do preedypalnych poziomów ma charakter czysto i wyłącznie obronny (Kernberg, 2004a). Kernberg (1995) podaje przykład perwersji masochistycznej polegającej na symbolicznym rozegraniu doświadczenia sceny pierwotnej, w której to masochistyczna osoba występuje w roli zmuszanego do bycia świadkiem aktu seksualnego pomiędzy ukochaną osobą a kimś trzecim, co umożliwia jej przeżycie seksualnej gratyfikacji.

Na tym poziomie organizacji osobowości dominującą formą zaburzeń są dysfunkcje seksualne wyrażające się głównie zahamowaniem (częściowym lub całkowitym) nieakceptowanej aktywności seksualnej z lęku przed silnie karzącym *superego* oraz zaburzone zachowania seksualne o charakterze zaburzenia preferencji. Te drugie cechują się schematycznym scenariuszem, którego realizacja odbywa się przede wszystkim w ramach bezpiecznego, stabilnego związku partnerskiego. Różnią się one od perwersji z poziomu

organizacji osobowości *borderline* mniejszym poziomem sztywności – niższą siłą związku między preferowanym bodźcem, a cyklem reakcji seksualnych przez ten bodziec uruchamianych.

17.5.2. Organizacja osobowości *borderline* – poziom wyższy

U osób na wyższym poziomie organizacji osobowości *borderline* nadal zaznacza się osiągnięcie genitalnego poziomu rozwoju libido, mimo że silnie zaznaczona jest obecność pregenitalnych, zwłaszcza oralnych, konfliktów. Możliwe jest jednakże tworzenie relacji opartej na wzorcu triadycznym, a relacje są stosunkowo trwałe z możliwością głębokiego zaangażowania i tolerowania ambiwalencji i konfliktowości towarzyszącej związkom (Kernberg, 1976). *Superego* jest jednocześnie dużo bardziej karzące, ale i mniej zintegrowane niż u osób na niższym poziomie *borderline*, co skutkuje pojawianiem się patologicznych obron charakteru łączących formacje reaktywne przeciw popędom z częściową ekspresją impulsów popędowych. W odróżnieniu od neurotycznego poziomu organizacji osobowości obserwuje się przewagę obron o charakterze reaktywnym nad hamującym. Ujawniać się to może m.in. w zdysocjowanej ekspresji nieakceptowanych potrzeb seksualnych.

Na wyższym poziomie organizacji *borderline* zgodnie z ujęciem Kernberga zorganizowane są zaburzenie osobowości sadomasochistyczne, histrioniczne, cyklotymiczne, osobowość zależna, a także wiele zaburzeń narcystycznych (Kernberg, 2004b). U osób z tego poziomu, impulsy seksualne są często powiązane z agresywnymi. Jest to spowodowane tym, że mimo osiągnięcia genitalnego poziomu rozwoju libidinalnego, konflikty pregenitalne wysuwają się u tych osób na pierwszy plan. Na wyższym poziomie *borderline* te pregenitalne, agresywne, w szczególności oralne, cechy funkcjonowania są jednak stosunkowo stonowane, odzwierciedlają bowiem w dalszym ciągu regresję z konfliktów edypalnych. Nie zaburzają one znacząco tworzenia i utrzymywania trwałych relacji partnerskich, w których zachowana jest zdolność do tolerowania towarzyszącej im ambiwalencji i wewnętrznej konfliktowości. Wiele osób na poziomie średnim przejawia zatem wykrystalizowane dewiacje seksualne (Fenichel, 1945), ale nadal z zachowaną zdolnością do utworzenia w ramach tej dewiacji stabilnej relacji z obiektem. Podobnie jak u osób o neurotycznym poziomie organizacji osobowości, pojawiające się tutaj perwersje odzwierciedlają konflikty i pragnienia edypalne, a realizacja pregenitalnego seksualnego scenariusza perwersyjnego służy jako obrona przeciwko nim.

17.5.3. Organizacja osobowości *borderline* – poziom niższy

U osób na niższym poziomie organizacji osobowości *borderline* pregenitalne agresywne dążenia mają charakter zdecydowanie bardziej prymitywny i niepohamowany i stanowią przeważający element składowy identyfikacji *ego* i *superego*, wpływając na słabość tych struktur. Dominacja tych dążeń oraz jej patologiczna kondensacja z konfliktami genitalnymi uwiadacznią się we wszelkich zinternalizowanych, a w konsekwencji i zewnętrznych relacjach tych osób. Ponieważ syntetyzująca funkcja *ego* jest zaburzona, jego działanie oparte jest na mechanizmie prymitywnej dysocjacji lub rozszczepienia (Kernberg, 1976), a nie wyparcia, tak jak u osób z poziomu neurotycznego. Skutkuje to brakiem zdolności do integracji pozytywnych i negatywnych aspektów obrazów *self* i obiektu. Stałość obiektu nie została zatem u tych osób osiągnięta. Osoby te przeżywają ważne dla siebie postacie bądź jako idealne, zaspokajające, bądź jako odrzucające i frustrujące (Kernberg, 1976). U tych osób zdolność do tworzenia stabilnych relacji oraz wykazywania w nich zdolności do zaangażowania, troski, poczucia winy jest silnie zaburzona. Trudność z integracją dążeń libidinalnych i agresywnych odbija się również w życiu seksualnym tych osób. Zaburzona integracja tożsamości wyraża się doświadczaniem lęku, wątpliwościami co do podstawowych aspektów egzystencji takich jak poczucie własnego ciała czy – u niektórych – tożsamości seksualnej. Przykładem sposobu przejawiania się powyższego pomieszania jest stosunkowo częste przeplatanie się w życiu seksualnym tych osób relacji homoseksualnych i heteroseksualnych.

Do zaburzeń osobowości zorganizowanych na niższym poziomie organizacji osobowości *borderline* Kernberg zalicza zaburzenie antysocjalne, wiele narcystycznych w tym tzw. narcyzm złośliwy, także zaburzenie hipochondryczne oraz *borderline*. Ponadto na poziomie tym zorganizowane są tzw. prepsychotyczne struktury osobowości, tj. schizoidalne, schizotypowe, paranoiczne oraz hipomaniakalne zaburzenie osobowości (Kernberg, 1976, 2004b).

W przeciwieństwie do osób o organizacji neurotycznej oraz *borderline* wyższego poziomu, perwersje na niższym poziomie organizacji *borderline* nie stanowią elementu stabilnej relacji, rozgrywane są raczej z przypadkowo spotykanymi osobami, gdzie nie obiekt, lecz możliwość realizacji perwersji staje się ważniejsza. Tak jak na poziomie wyższym i średnim stwierdzić można, iż agresja jest rozgrywana w służbie erotyzmu i miłości, tak na tym poziomie erotyka pozostaje w służbie realizacji impulsów agresywnych. Nie stanowią one już obrony przed edypalną konfliktowością, lecz konflikty edypalne są w nich złane z większymi konfliktami preedypalnymi, których agresywne aspekty są dominującym elementem

obrazu klinicznego. W przypadku osób z niższego poziomu organizacji *borderline*, perwersje seksualne nie są już rozgrywane z zachowanym poczuciem „jak gdyby”, nie są ujęte w jasno wyizolowany scenariusz, lecz mają tendencję do mieszania się z ogólną patologią charakteru pacjentów. Perwersje na tym poziomie mogą wyrażać się w dwojaki sposób: uogólnionej polimorficznej perwersyjnej infantylnej seksualności lub też utrwalonej właściwej perwersji. W pierwszym przypadku nie są perwersjami w klinicznym tego słowa znaczeniu. Występująca tu polimorficzna perwersyjna seksualność stanowi po prostu część organizacji osobowości *borderline* – pacjent prezentuje chaotyczną kombinację wielu perwersyjnych tendencji (Kernberg, 2004a), co wiązać można m.in. z trudnością integracji dążeń libidinalnych i agresywnych i związaną z tym słabością *ego* w postaci niedojrzałych obron. Brak rozwiniętych kanałów sublimacji, a patologiczne obrony są głównie rodzaju impulsywnego i są przeniknięte przez popędy, co skutkuje często sprzecznymi wzajemnie, odszczepionymi od siebie wzorcami zachowania, zachowaniami typowymi dla wielorakich dewiacji seksualnych. W owym chaosie zawarte jest zarówno uwolnienie pochodnych popędów, jak i ujawnienie formacji reaktywnej przeciwko nim (Kernberg, 1976). Ze względu na słabość *ego* implikującą ograniczoną zdolność wytrzymywania poczucia winy, osoby na tym poziomie mają niską potrzebę wtórnej racjonalizacji tych zachowań.

W drugim wypadku pacjenci prezentują jedną z dominujących form perwersji, co Kernberg (2004a) określa mianem perwersji właściwych (zaburzeń preferencji seksualnych). Niezależnie od wariantu, zachowania perwersyjne często zawierają zachowania bardzo dziwaczne, np. związane ze sferą analną, urylną czy oralną, w których odzwierciedlony jest ich prymitywny pregenitalny element (Kernberg, 1995, 2004a). Ponadto zawarty w nich poziom agresywności sprawia, iż związane z nimi zachowania bywają często niebezpieczne dla osoby. Kernberg (1995) opisuje przykład perwersji masochistycznej u pacjentki o niższym poziomie organizacji osobowości *borderline*, u której zdiagnozowano osobowość narcystyczną z cechami niedojrzałości i masochistycznymi, a która była w stanie doświadczyć podniecenia seksualnego, jedynie prostytuując się ze znacznie starszym od siebie lub czarnoskórym mężczyzną w niebezpiecznej dzielnicy.

U osób o niższym poziomie organizacji osobowości *borderline*, wręcz graniczącym już z psychotycznością (np. niektórzy pacjenci *borderline* lub niektórzy z syndromem złośliwego narcyzmu) siła impulsów agresywnych jest tak znaczna, iż pojawiać mogą się zabarwione erotycznie samookaleczenia, np. osoby z perwersją masochistyczną, u których masturbacja wiąże się z uszkodzaniem narządów płciowych (Kernberg, 1995) lub podejmowane praktyki seksualne przynoszą satysfakcję wtedy, gdy niosą ze sobą ryzyko

śmierci (asfiksjofilia). Zwłaszcza w przypadkach złośliwego narcyzmu predypalna agresja może przenikać perwersję i przekształcać ją w sadomasochistyczny wzorzec interakcji realnie zagrażający zdrowiu i życiu pacjenta oraz jego partnera. Do spotykanych tu perwersji należą np. bardziej ciężkie i niebezpieczne formy sadyzmu, masochizmu, pedofilii, a także analnie regresyjne perwersje, takie jak koprofilia (Kernberg, 2004a). U osób masochistycznych z jednoczesnym syndromem złośliwego narcyzmu, jak wskazuje Kernberg (1995), erotyzacja bólu i samookaleczenia nabiera znamion triumfu nad życiem i śmiercią, bólem i strachem, a nieświadomie nad całym światem relacji z obiektem. Najbardziej ciężkim typem narcystycznego zaburzenia charakteru jest jednak antyspołeczne zaburzenie osobowości. Całkowicie zaburzony rozwój *superego* tych osób sprawia, iż można wśród nich odnaleźć seksualnych morderców, u których to pozostałości erotyzmu zostały całkowicie zdominowane przez ekstremalne formy prymitywnej agresji (Kernberg, 2004a).

Ścisłe, patologiczne powiązanie dążeń edyplanych z pregenitalnymi, agresywnymi dążeniami przy słabości *ego* i *superego* osób na niższym poziomie organizacji osobowości *borderline* może ponadto skutkować bezpośrednią ekspresją edyplanych impulsów, np. fantazji masturbacyjnych dotyczących pierwotnych obiektów rodzicielskich (Kernberg, 1976). U innych osób z kolei ogromna przewaga impulsów agresywnych nad czułością prowadzić może do zgeneralizowanego zahamowania seksualnej responsywności (Kernberg, 2004a). Na tym poziomie organizacji osobowości spodziewać się należy zatem wystąpienia tak poważnych dysfunkcji seksualnych, że uniemożliwiają one w ogóle kontakt seksualny z zachowaniem podanych wcześniej przez Kernberga (1998) wszystkich kryteriów normalności. Zaburzenia preferencji przyjąć mogą postać określaną jako złożone zaburzenia preferencji seksualnych albo też ujawniać się pod postacią pojedynczych, skryzalizowanych, rzadkich o wysokim stopniu sztywności zaburzeń preferencji, gdzie poziom agresji zagraża życiu biorących w nim udział obiektów.

Przeprowadzona analiza jest próbą zastosowania wybranej teorii osobowości dla wyjaśnienia roli czynników podmiotowych, a konkretnie osobowości w powstaniu i rozwoju seksualności człowieka. Dobór koncepcji osobowości Kernberga zmierzał nie tylko do teoretycznego udokumentowania twierdzeń na temat genezy seksualności, ale też do wskazania na pewien sposób wyjaśniania genezy zaburzeń seksualnych w celu programowania skutecznych form interwencji.

18

Perspektywa społeczno-kulturowa a zaburzenia osobowości

Piotr Olesiński, Dariusz Rosiński

18.1. Wprowadzenie

Zagadnienie osobowości należy do najczęściej badanych przez psychologów, antropologów, próbujących zrozumieć i określić powiązania między „zespołem stosunkowo trwałych cech i predyspozycji behawioralnych i poznawczych, które ludzie wnoszą we wszystkie sytuacje, środowiska i interakcje z innymi i które przyczyniają się do powstawania różnic indywidualnych” (tradycyjne ujęcie osobowości), a kulturą i społeczeństwem. Autorzy koncepcji i teorii dotyczących związku między kulturą a osobowością (m.in. M. Mead, W. Labarre, R. Benedict) wyznaczyli główny nurt rozumienia osobowości (w ujęciu antropologii psychologicznej) jako struktury specyficznej kulturowo, powstającej przy udziale sił działających we wszystkich kulturach. Podkreślili tym samym większe znaczenie procesów uczenia się mechanizmów psychologicznych i osobowości w danym środowisku przez odpowiednie praktyki kulturowe w porównaniu ze znaczeniem czynników biologicznych i ewolucyjnych (Matsumoto, Juang, 2007). W innym ujęciu opisywanego zagadnienia, określanym jako psychologiczne podejście międzykulturowe, osobowość uznaje się za coś odrębnego od kultury i traktuje jako zmienną zależną w badaniach. Zakłada się, że „osobowość jest zjawiskiem uniwersalnym, któremu we wszystkich badanych kulturach przypisuje się podobne znaczenie” (Matsumoto, Juang, 2007). Oznacza to, że porównując dwie lub więcej kultur (zmienne niezależne), dokonujemy tego pod względem cech osobowości lub wymiarów osobowościowych. Wspierając tezę o uniwersalności osobowości, można wskazać na następujące wyjaśnienia: 1) istnieją biologiczne czynniki adaptacyjne, genetycznie predysponujące do rozwoju określonych typów cech psychologicznych; 2) istnieją uniwersalne (stałe we wszystkich kulturach) reguły i procesy uczenia się.

Wyjaśniając związek między kulturą a osobowością, warto wskazać także na rozwijający się w ostatnich latach kierunek psychologii kulturowej

(Markus, Kitayama, 1998; Matsumoto, Juang, 2007). Kulturę i osobowość traktuje się tutaj jako spójny system, gdzie każdy z tych elementów tworzy i podtrzymuje drugi. Podkreśla się tutaj znaczenie badań nad osobowościami lokalnymi (konstelacje cech osobowości spotykane wyłącznie w danej kulturze) jako wsparcie dla tezy o istnieniu osobowości całkowicie odmiennych ze względu na wzajemne ukonstytuowanie kultury i osobowości we wszystkich środowiskach kulturowych. Zatem rozważając problematykę zaburzeń osobowości z perspektywy społeczno-kulturowej, należy uwzględnić podstawową oś konfliktu dotyczącego tego, czy osobowość ma charakter uniwersalny, czy jest uwarunkowana kulturowo? Kultura i społeczeństwo w istotny sposób wpływają na kształtowanie się oraz wyrażanie osobowości człowieka. Wpływ ten jest wieloczynnikowy – wśród nich można wyróżnić między innymi dominujące w danej kulturze normy, światopogląd, stereotypy, role społeczne, wierzenia i praktyki wychowawcze. Kultura i społeczeństwo kształtują indywidualne oczekiwania i pragnienia człowieka oraz wpływają na odczuwanie „ja” – samoświadomość; mają również znaczenie dla sposobu ujmowania osobowości w teoriach psychologicznych. Kontekst społeczno-kulturowy ma wpływ na to, co uznawane jest w danej społeczności za patologiczne, w tym na kształtowanie się uznawanej za zaburzoną osobowość, jej ekspresję; odczuwanie potrzeby zmiany i poszukiwania pomocy psychologicznej czy na relację pomiędzy pacjentem a klinicystą i sposób stawiania diagnozy (Alarcón, Foulks, 1995a i b). W niniejszym rozdziale przedstawione zostaną: perspektywa społeczno-kulturowa w ujmowaniu zaburzeń osobowości, ich uwarunkowań i diagnozowania; podejścia psychologiczne w największym stopniu skupiające się na czynnikach relacyjnych, społecznych i kulturowych w mechanizmie kształtowania się zachowań uznawanych za patologiczne oraz implikacje praktyczne wynikające z uwzględnienia kontekstu, w którym funkcjonuje jednostka, w pomocy psychologicznej.

18.2. Perspektywa społeczno-kulturowa a zaburzenia osobowości w systemach diagnostycznych

Obecnie przy diagnozie zaburzeń osobowości stosowane są dwa systemy klasyfikacji – ICD-10 i DSM-IV. Różne czynniki natury socjodemograficznej – takie jak: wiek, wykształcenie, płeć, rasa – wydają się mieć znaczący wpływ na przedstawiane w systemach diagnozy nozologicznej zaburzenia osobowości. Trudno jest rozstrzygnąć, czy i w jakim stopniu wpływają one na mechanizm kształtowania się osobowości, jej ekspresję, sposób diagnozowania i preferencje klinicystów względem przypisywania określonej diag-

nozy określonej grupie ludzi. Istnieją badania wskazujące na silny związek pomiędzy wykonywanym zajęciem a występowaniem zaburzeń osobowości – studenci, osoby bezrobotne oraz zajmujące się domem najczęściej spełniają kryteria zaburzeń osobowości (Ekselius i in., 2001). W przypadku osób bezrobotnych można wskazać, iż pewien sztywny wzorzec funkcjonowania utrudnia odnalezienie stałej pracy oraz wpisanie się w określoną rolę społeczno-zawodową, jednakże powyższe wyjaśnienie nie wydaje się adekwatne w przypadku osób studiujących. Wydaje się, że to wiek, a nie fakt studiowania, może mieć istotne znaczenie przy diagnozie zaburzeń osobowości. Znacznie częściej diagnozuje się je u osób młodych – w badaniach szwedzkich kryteria diagnostyczne zaburzeń osobowości spełniało około 17% osób w wieku 18–34 lata i jedynie 5% osób powyżej 50 roku życia (Ekselius i in., 2001). Istnieją różne hipotezy wyjaśniające powyższy związek – biologiczne, społeczno-kulturowe oraz związane z nabywaniem kompetencji w przeciągu życia. Wskazuje się między innymi na zmiany w działaniu neuroprzekazników zmniejszające impulsywność czy agresywność, uczenie się w ciągu życia adaptacyjnych zachowań czy na związany ze stresem, wynikającym z odnajdywania ról społecznych w okresie dorastania, sposób funkcjonowania zbieżny z symptomami zaburzeń osobowości. Istnieje również hipoteza, iż niski odsetek występowania zaburzeń osobowości w późniejszym wieku wynika z przedwczesnej umieralności – osoby z niektórymi zaburzeniami osobowości ze względu na potrzebę nowości, stymulacji i zachowania autoagresywne oraz ze względu na choroby psychosomatyczne mogą nie osiągać wieku późnej dorosłości (Ekselius i in., 2001). Problematyczne jest zdiagnozowanie zaburzeń osobowości w badaniach epistemologicznych, ponieważ rzadko badania powtarzane są na tej samej próbie, przez co trudno stwierdzić, czy istnieje stały wzorzec dezadaptacyjnego zachowania wymagany do zdiagnozowania zaburzeń osobowości, czy tylko, w danym momencie swojego życia, jednostka wykazuje pewne uznawane za dysfunkcjonalne zachowania. Wykazanie stałości określonego funkcjonowania również nie przesądza, czy jest on uwarunkowany cechami jednostki czy zmiennymi społeczno-kulturowymi – w szczególności związanymi z pochodzeniem, rasą czy statusem imigranta. Niektóre badania wskazują na przykład, iż posługiwanie się językiem innym niż język narodowy zwiększa prawdopodobieństwo uzyskania diagnozy zaburzenia psychicznego, co wskazuje, że ocena funkcjonowania jednostki zależna jest od kontekstu, w którym zostaje dokonywana (Chavira i in., 2003).

Poniżej opisane zostaną poszczególne zaburzenia osobowości wyróżnione w nozologicznych systemach diagnostycznych z punktu widzenia perspektywy społeczno-kulturowej, ze szczególnym uwzględnieniem jej znaczenia dla diagnozy zaburzonej osobowości. W szczególności poruszone

zostaną kwestie związane z normami społeczno-kulturowymi, czynnikami socjodemograficznymi, izolacją społeczną oraz różnicami kulturowymi w uznawaniu pewnych wzorców zachowań za patologiczne. Problematyka związana z perspektywą społeczno-kulturową a wyszczególnianymi i tworzonymi typami ZO jest rzadko poruszana w szczególności w Polsce, która cechuje się homogenicznością społeczeństwa.

Antyspołeczne/dyssocjalne zaburzenie osobowości. Perspektywa społeczno-kulturowa podkreśla rolę rodziny w kształtowaniu się antyspołecznej osobowości, a wzrost jej występowania w ostatnich dekadach, w społeczeństwach przynależnych do zachodnio-amerykańskiego kręgu kulturowego, tłumaczy charakterystycznym dla kultur indywidualistycznych rozpadem rodzin oraz mniejszą siłą więzi społecznych (Paris, 2003). Wskazuje się również, iż diagnoza AZO postawiona może zostać młodzieży wywodzącej się z ubogich rodzin, której doświadczenia życiowe ukształtowały postawę buntu wobec norm społecznych oraz imigrantom z krajów, w których polityczna opresja i deprywacja potrzeb wykształciły specyficzny sposób funkcjonowania nasilający się dodatkowo w procesie akulturacji. AZO rzadko występuje w kulturach tradycyjnych, takich jak Tajwan czy Japonia, co tłumaczy się silniejszymi więziami międzyludzkimi, obecnością autorytetów w rodzinie, wymaganiami stawianymi wobec dzieci oraz cieniem wartości rodzinnych (Paris, 2003). Badania potwierdzają większą częstotliwość występowania w Stanach Zjednoczonych antyspołecznego zaburzenia osobowości u osób pochodzenia meksykańskiego czy portorykańskiego. Zmienną warunkującą diagnozowanie antyspołecznego zaburzenia osobowości może być jednakże status socjoekonomiczny, który w Stanach Zjednoczonych jest związany w znacznym stopniu z pochodzeniem etnicznym.

Paranoiczne zaburzenie osobowości. Członkowie różnego rodzaju grup mniejszościowych, imigranci, osoby innego pochodzenia, rasy czy wyznania, jak również dotknięte różnorodnymi doświadczeniami życiowymi, mogą przybierać obronną postawę i zachowywać się podejrzliwie i nieufnie w stosunku do społeczeństwa kreowanego przez większość, z którą sami się nie utożsamiają. Ze względu na bariery językowe, ograniczone zasoby materialne, brak wiedzy dotyczącej reguł funkcjonowania społecznego mogą być spostrzegane jako spięte, podejrzliwe, poważne czy wycofane emocjonalnie. Określenia „paranoiczny” czy „paranoja” używane są w języku potocznym dla określenia osób szczególnie podejrzliwych czy dopatrujących się ukrytych intencji w zachowaniach innych osób. Podobne kryteria oceny stosują również klasyfikacje zaburzeń osobowości dla zdiagnozowania paranoicznego zaburzenia osobowości. Przedstawiciele niektórych społeczności, między innymi Bliskiego Wschodu oraz mieszkańcy Europy Wschodniej, kra-

jów postkomunistycznych i komunistycznych, w innych niż rodzime środowiska mogą wydawać się nieufne i nastawione obronnie (Alarcón, Foulks, 1995a). Takiemu rozpoznaniu może sprzyjać zaobserwowanie przejawów tzw. myślenia spiskowego (pogląd, że prawdziwe przyczyny zjawisk społecznych ukryte są przed większością społeczeństwa, są wynikiem działania spiskujących sił itd.). Istnieje uogólniona tendencja do wiary w teorie spiskowe: ludzie, którzy wierzą w jedną teorię, są także bardziej skłonni wierzyć w inne teorie spiskowe (Goertzel, 1994). Można wskazać na istotne predyktory wiary w teorie spiskowe (skumulowanie wiary w kilka teorii), m.in. anomia, niskie zaufanie i status mniejszości (Goertzel, 1994). Predyktory wiary w konkretne teorie spiskowe: anomia, autorytaryzm, brak poczucia wpływu i niska samoocena. Powstawaniu stereotypu spiskowego (Kofta, 2001) sprzyja kilka czynników, m.in. długotrwały konflikt grupowy (ekonomiczny, terytorialny, kulturowy) zapisany w pamięci zbiorowej w połączeniu z faktami wskazującymi, że grupa „obca” okazała się silniejsza (ekonomicznie, kulturowo itp.). Istotą stereotypu spiskowego jest utworzenie z członków grupy obcej pojedynczego bytu intencjonalnego. Stereotyp taki jest aktywizowany w odpowiedzi na sygnały aktywizujące (symbole związane z grupą, np. wydarzenia polityczne typu wybory). Charakterystyczna jest także nadmierna dostępność stereotypu (wiedza stereotypowa w stanie ciągłego pobudzenia, łatwo dostępna do interpretacji wydarzeń zewnętrznych, a myśli o treści stereotypowej trudne do stłumienia). Stereotyp spiskowy dotyczy relacji między grupami (a nie relacji twarzą w twarz), co pozwala wyjaśnić częste niekonsekwencje charakteryzujące osoby o takich poglądach. Można jednocześnie głosić bardzo radykalne teorie spiskowe i utrzymywać dobre relacje z reprezentantem grupy „obcych” z sąsiedztwa.

Schizotypowe zaburzenie osobowości. Kryteria diagnostyczne zaburzeń schizotypowych wskazują na niezwykle sądy, myślenie magiczne, niezwykle, ekscentryczne zachowania i spostrzegania zmysłowe oraz tendencję do społecznego wycofania. Podobnie jak w przypadku innych opisywanych zaburzeń osobowości kryteria te mogą spełniać osoby z grup mniejszościowych, w szczególności związanych z wierzeniami i praktykami religijnymi nieuznawanymi przez większość danej społeczności czy niewpisujące się w obowiązujące normy społeczno-kulturowe. Wiara w specyficzne rytuały, przeprowadzanie określonych ceremonii, poglądy związane z różnymi nurtami filozoficznymi czy grupami wyznaniowymi mogą prowadzić do diagnozy wskazanego zaburzenia (Alarcón, Foulks, 1995a). Przynależność do mniejszościowej grupy wyznaniowej może prowadzić dodatkowo do wycofania społecznego, podejrzliwości i nieufności względem osób przynależnych do grup większościowych, co również może zostać uznane za symptom schizotypowego zaburzenia osobowości. Niektóre z badań wykazują

wyższy współczynnik występowania tego zaburzenia u Afroamerykanów w porównaniu z przedstawicielami rasy białej w Stanach Zjednoczonych (Chavira i in., 2003), istnieją również badania przeczące powyższym związkom (por. McGilloway i in., 2010).

Schizoidalne zaburzenie osobowości. Obraz kliniczny schizoidalnego zaburzenia osobowości wskazuje na wycofanie społeczne i emocjonalne. Niniejsze symptomy mogą występować u osób w trakcie procesu akulturacji, w szczególności imigrantów, jak również osób migrujących ze środowisk wiejskich do aglomeracji miejskich. Proces asymilacji związany ze zmianą i przystosowaniem się jednostki do życia w innej kulturze jest zazwyczaj długotrwały i może być niesłusznie interpretowany jako stały wzorzec osobowościowy (Alarcón, Foulks, 1995a). Diagnoza schizoidalnego zaburzenia osobowości może zostać również postawiona osobom dotkniętym ostracyzmem społecznym, bezdomnym, wykluczonym, które wyuczyły się schizoidalnych zachowań w wyniku niesprzyjających wydarzeń życiowych. Należy również zaznaczyć, że istnieją duże rozbieżności dotyczące występowania schizoidalnego zaburzenia osobowości w zależności od użytego w procesie diagnozy systemu klasyfikacji (Ekselius i in., 2001).

Osobowość *borderline*. Zaburzenie osobowości *borderline*, którego rozpowszechnienie, częstotliwość diagnozowania wzrasta w czasach współczesnych związane jest z impulsywnością i labilnością emocjonalną (Paris, 2003). Kryteria diagnostyczne wskazują na szereg zachowań, które coraz częściej obserwuje się w euroamerykańskim kręgu kulturowym w szczególności w aglomeracjach miejskich. Rozpad rodzin, obniżanie się poziomu odczuwanego wsparcia społecznego, brak określonych ról społecznych wpływają bezpośrednio na poziom odczuwanego stresu, który może zarówno przyczyniać się do występowania powyższych symptomów opisywanych jako kryteria niniejszego zaburzenia osobowości, jak również obniżać zdolność do radzenia sobie z wyzwaniami kreowanymi przez współczesne społeczeństwo. Wielość możliwych do podejmowania ról oraz wymagania stawiane wobec dorastającej młodzieży mogą powodować intrapsychiczne konflikty, skutkujące zmianami nastroju, impulsywnością oraz frustracją wywołującą agresję i autoagresję. Częściej zaburzenie *borderline* w Stanach Zjednoczonych diagnozuje się u kobiet, zarówno rasy czarnej, jak i białej; wyjątkiem są mężczyźni wywodzący się z kultury hiszpańskojęzycznej, którym, jak pokazują niektóre badania, równie często jak kobietom pochodzenia hiszpańskiego postawiono diagnozę zaburzenia osobowości *borderline*, co tłumaczy się istniejącym w tej kulturze wzorcem ekspresywności (Chavira i in., 2003). Zachowania uważane więc w jednej kulturze za normatywne w innej mogą budzić już pewne zastrzeżenia.

Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości. Przestrzeganie i praktykowanie zasad oraz internalizacja wzorców wynikających z socjalizacji przebiegającej w jednej kulturze, w innej mogą być spostrzegane jako obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości. Przekazywana z pokolenia na pokolenie potrzeba dążenia do perfekcyjności przy jednoczesnym zachowaniu wpojonych reguł postępowania kształtuje postawę charakteryzującą się sztywnością i uporem. Kultura może kształtować umiłowanie pracy i produktywności, co pokazują badania nad społecznością japońską, a zachowanie jej przedstawicieli może być uznawane za patologiczne w kulturze zachodniej i amerykańskiej (Alarcón, Foulks, 1995a). Również środowisko pracy charakteryzujące się rywalizacją, brakiem poczucia wspólnoty, niską stymulacją może kształtować specyficzny wzorzec funkcjonowania zbieżny z symptomami niniejszego zaburzenia opisywanymi przez nozologiczne systemy diagnostyczne.

Osobowość zależna. Zachowania submisywne, reaktywność, bierność, uprzejmość czy zależność od opinii innych, które są normatywne dla niektórych społeczeństw mogą być błędnie uznawane w szczególności w Europie Zachodniej i w Ameryce Północnej za zależne zaburzenie osobowości. Niektóre z wymienionych cech są uznawane za cnoty w wielu tradycyjnych kulturach azjatyckich i arktycznych (Alarcón, Foulks, 1995a). Podporządkowywanie się oraz uzależnianie własnego zachowania od opinii starszych, przywódców duchowych, profesjonalistów i autorytetów mogą być wynikiem socjalizacji w społecznościach silnie zhierarchizowanych oraz patriarchalnych. Okazywanie poczucia winy i samoumniejszanie może wynikać również z przyjętych w niektórych społecznościach konwencji oraz być wyuczonym adaptacyjnym sposobem umożliwiającym funkcjonowanie i osiągnięcie własnych korzyści.

Histrioniczne zaburzenie osobowości. Emocjonalność, uwodzicielstwo, zainteresowanie własną osobą, impresyjność czy teatralność są cechami silnie uwarunkowanymi kulturowo, których ekspresja jest szczególnie widoczna w okresie późnej adolescencji oraz wczesnej dorosłości. W szczególności osoby wywodzące się ze śródziemnomorskiego oraz latinoamerykańskiego kręgu kulturowego, ze względu na ekspresyjność zachowań mogą zostać zdiagnozowane jako osoby z histrionicznym zaburzeniem osobowości. Niniejsze zaburzenie wiąże się również z uprzedzeniami i stereotypami związanymi z płcią – częściej przypisywane jest kobiecie przez klinicystów, w szczególności mężczyzn (Tseng, 2003). Mężczyźni z podobnymi symptomami uzyskują zazwyczaj diagnozę antyspołecznego zaburzenia osobowości (Tseng, 2003).

Osobowość unikająca. We współczesnych czasach w kulturze zachodniej podkreśla się znaczenie relacji interpersonalnych w codziennym życiu,

a ich unikanie uważane może być za patologiczne. Dzieciom, których nieśmiałość uwarunkowana jest temperamentalnie, słabsze więzi społeczne oraz nastawienie na eksplorację i pochwałę indywidualizmu utrudniają radzenie sobie z nią i poprzez to wzmacniają unikający wzorzec (Paris, 2003). W szczególności diagnoza unikającego zaburzenia osobowości może zostać postawiona osobom przynależnym do grup mniejszościowych związanych z pochodzeniem, rasą, orientacją seksualną, które mogą unikać kontaktów społecznych i odczuwać lęk w relacjach z przedstawicielami grup większościowych danych społeczeństw. Podkreślić również należy, iż niektóre kultury izolowanie społeczne, silną potrzebę samotności uznają za pożądane i związane z silnym rozwinięciem duchowym danej jednostki cechy (Tseng, 2003).

Narcystyczne zaburzenie osobowości. Wielu klinicystów wskazuje na wzrost występowania w populacji zachodniej narcystycznego zaburzenia osobowości, który tłumaczony jest zmianami społeczno-kulturowymi (Paris, 2003). Współczesne społeczeństwo cechuje się słabymi i nieustrukturyzowanymi więziami społecznymi, co może przyczyniać się wzrostu egoistycznych zachowań. Euro-amerykańska kultura w znacznym stopniu wzmacnia indywidualizm, przez co jednocześnie umacnia zachowania narcystyczne. Wpisują się one doskonale w kult konsumpcji i pozwalają na wysokie pozycjonowanie się w grze o sukces rynkowy. Można wskazać na swoiste nasilenie tendencji do nabywania narcystycznej powierzchowności jako formy przystosowania. Oznacza to w zasadzie rozwój zachowań adaptacyjnych pozwalających lepiej radzić sobie z napięciami i niepokojami codzienności w kulturach silnie zindywidualizowanych. Badania nad tzw. grzesznym sukcesem (zachowanie sprawne, ale niemoralne) wskazują, że w zachowaniach innych obchodzi nas najpierw wymiar moralny (cudza niemoralność nam zagraża, a moralność wspiera), potem sprawnościowy. Wyjątek stanowią tu osobowości narcystyczne, dla których sprawność jest znacznie bardziej cenna niż moralność. U innych drażni ich brak sprawności, a nie drażni niemoralność, sobie zaś przypisują zarówno wysoką sprawność, jak i moralność (Drat-Ruszczak, 2002). Kryteria diagnostyczne narcystycznego zaburzenia osobowości mogą być również tożsame z pewnymi cechami związanymi z wychowaniem w innym kręgu kulturowym oraz pochodzeniem – przykładowo ekspresywność osób wywodzących się z kultury latynoamerykańskiej oraz śródziemnomorskiej może w innych kulturach odbierana być jako narcystyczne zaburzenie osobowości (Alarcón, Foulks, 1995a).

Kryteria diagnostyczne zaburzeń osobowości prezentowane w systemach klasyfikacji, takich jak ICD i DSM przedstawiają symptomy charakterystyczne dla określonych podtypów niniejszego zaburzenia. Chociaż wyszczególnione klasyfikacje nie opisują zdrowej, niezaburzonej osobowości,

to w kryteriach ukryte są założenia o normatywnych zachowaniach i istnieniu uniwersalnych ludzkich wartości. Badania zespołu Leising, Rogers, Ostner (2009) wykazały, iż 79 kryteriów opisywanych w DSM-IV zaburzeń osobowości można odnieść do dziesięciu pożądaných wartości, między innymi: posiadanie samokontroli, cieszenie się społecznymi relacjami i aktywnościami, bycie konwencjonalnym czy bycie ufnym. Niektóre z wartości odnoszą się do jednego z wyróżnianych zaburzeń, inne zaś odnoszą się do symptomów opisywanych w wielu z nich. DSM-IV nie wskazuje, czy ukryte w klasyfikacji pojęcie normy lub zdrowia wywodzi się od normy teoretycznej, wymagań kultury, społeczeństwa bądź wrodzonych, biologicznie właściwych zachowań człowieka (Leising, Rogers, Ostner, 2009). Kryteria zaburzeń osobowości wskazują również na stały, sztywny wzorzec zachowania, jednakże stwierdzenie to, nawiązujące do adaptacyjności zachowania również nie przyczynia się do neutralności światopoglądowej kryteriów diagnostycznych. Przykładowo nadopiekuńczy rodzice mogą wykształcić u dziecka zachowania submisywne, co w danej sytuacji może być adaptacyjnym wzorcem zachowania, który przestaje nim być w momencie życia poza daną rodziną, w kulturze ceniącej indywidualizm i niezależność – jednostka, która nie potrafi zmienić swojego wzorca, może otrzymać diagnozę zależnego zaburzenia osobowości. Jednakże w sytuacji odwrotnej, w której wczesne dzieciństwo ukształtowało zachowania związane z niezależnością, w momencie, w którym jednostka nie zmienia swojego wzorca w sytuacji zmiany kręgu kulturowego na ceniący poddaństwo, posłuszeństwo, hierarchiczny podział władzy, za patologiczne uznawane nie jest. Powyższe rozważania można odnieść również do innych kryteriów zaburzeń osobowości, takich jak odczuwanie cierpienia, jego wywoływanie u innych czy nieoptymalnego funkcjonowania w różnych sferach życia. Trudno jest więc jednoznacznie stwierdzić, co zostanie przedstawione w dalszej części pracy, w jakim stopniu obserwowalne dysfunkcjonalne zachowania jednostki wynikają z jej cech podmiotowych, a w jakim z niedopasowania do otoczenia, w którym je wyraża.

18.3. Koncepcje akcentujące perspektywę społeczno-kulturową

Niektórzy teoretycy oraz praktycy wywodzący się z klasycznych paradygmatów zwracali uwagę na rolę społeczeństwa w kształtowaniu zdrowej i zaburzonej osobowości – między innymi Karen Horney (2001) próbowała przenieść uwagę z popędów i konfliktów pomiędzy nimi na kulturę – internalizację negatywnych stereotypów kulturowych. Jedno z podstawowych

pojęć jej koncepcji – lęk podstawowy wynika z poczucia zagrożenia zarówno ze strony natury, jak i społeczeństwa. Horney (2001) wskazywała również, iż dysfunkcyjne zachowanie może rozwinąć się wtedy, kiedy człowiek silnie przeżył trudności zdeterminowane kulturowo, zwykle na skutek przykrych doświadczeń dziecięcych. Na istotne znaczenie uwarunkowań społeczno-kulturowych zaburzeń osobowości zwracali uwagę również A. Adler, E. Fromm i E. Erikson.

Koncepcje akcentujące społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń osobowości podkreślają, iż psychopatologia nie jest wymagającą diagnozy i wyleczenia chorobą jednostki, lecz wynikiem interakcji jednostki, społeczeństwa i kultury. Pierwsza z opisywanych koncepcji – interakcyjna, koncentruje się na związkach interpersonalnych i procesie socjalizacji, na uwarunkowaniach interpersonalno-społecznych zaburzeń osobowości; druga zaś, społeczno-kulturowa, na oddziaływaniach szeroko rozumianej kultury – z jej właściwościami, normami i rolami społecznymi z niej wynikającymi.

Koncepcja interakcyjna podkreśla, iż człowiek jest istotą społeczną, a osobowość kształtuje się w wyniku interakcji międzyludzkich (Millon i in., 2005). Chociaż inne podejścia, między innymi teoria relacji z obiektem, akcentują znaczenie kontaktów z istotnymi osobami w ciągu życia, to w odróżnieniu od ujęcia interakcyjnego koncentrują się na intrapsychicznych właściwościach człowieka – uwewnętrznionych reprezentacjach. Koncepcja interakcyjna wychodzi z założenia, iż osobowości nie można zrozumieć w oderwaniu od kontekstu społecznego, ponieważ wyraża się ona głównie interpersonalnie. Relacyjne koncepcje wskazują, iż teorie kładące nacisk na indywidualne procesy psychiczne wykształciły się na gruncie współczesnej kultury ceniącej niezależność, samowystarczalność, indywidualizm; kultury narzucającej i pozytywnie wartościującej dążenie do redukcjonizmu w teoriach naukowych. Za pioniera koncepcji interakcyjnej uważa się Harry'ego S. Sullivana (1968), który twierdził, iż osobowość jest zbiorem powtarzających interakcji, a „ja” jest kształtowane w szeroko rozumianej komunikacji międzyludzkiej. Osobowość zorganizowana jest ze zdarzeń interpersonalnych, a nie intrapsychicznych i chociaż podkreślał on, iż interakcje okresu dziecięcego są szczególnie istotne dla osobowości, to twierdził również, że może się ona zmieniać w późniejszych okresach życia pod wpływem powstających nowych istotnych sytuacji interpersonalnych. Koncepcja interakcyjna neguje kategorialny i rozłączny podział zaburzeń osobowości przedstawiany w systemach diagnostycznych takich jak ICD czy DSM. Według opisywanego ujęcia zaburzenia osobowości można przedstawić na kontinuumach określających i opisujących komunikację interpersonalną, między innymi w zakresie: dominacja *vs.* uległość, afiliacja *vs.* wrogość czy

kontrola *vs.* autonomia (Millon i in., 2005). Stale powtarzany wzorzec komunikacji z istotnymi w życiu osobami może powodować sztywny, niedostosowany do sytuacji oraz charakteryzujący się silnym nasileniem określonej cechy komunikacji sposób kształtowania relacji interpersonalnych. Preferowany indywidualny wzorzec komunikacji ma tendencję do samopodtrzymywania – powtarzanie pewnego wzorca skutkuje wchodzeniem w interakcje z innymi osobami bądź wywoływaniem określonego sposobu komunikacji, przez co potwierdzony, wzmocniony oraz usztywniony zostaje sposób funkcjonowania jednostki. Przykładowo unikające zaburzenie osobowości charakteryzujące się uległym i afiliującym stylem komunikacji może wykształcić się na skutek interakcji dziecka z rodzicami, którzy obdarzają je nadmierną troską i uwagą bądź dziecko samo poszukuje opieki, na przykład z powodu agresywnego czy dokuczliwego rodzeństwa.

Inny pogląd na kształtowanie się zaburzeń osobowości – będący w opozycji do klasycznych koncepcji koncentrujących się na intrapsychicznych mechanizmach, w szczególności związanych z kształtowaniem się *self* czy z procesem indywiduacji – prezentuje również perspektywa relacyjno-kulturowa. Rozwój w niniejszym ujęciu charakteryzowany jest przez relacje na przestrzeni życia jednostki, relacje istniejące w kontekście kulturowym. Założenia takie prezentuje teoria relacyjno-kulturowa (*Relational-Cultural Theory* – RCT), której przedstawicielkami są między innymi J.B. Miller i J.V. Jordan. Według tej teorii rozwój człowieka odbywa się w i dzięki relacji, relacji zapewniającej: wzrost poczucia energii życiowej; wzrost wiedzy na temat siebie, innych i relacji; zdolność do tworzenia; poczucie własnej wartości i wartości innych ludzi; oraz pragnienie łączności z innymi (Jordan, 2003). Wymienione właściwości jednostki mogą występować w relacji i nie są cechami czy elementami osobowości. RTC opisuje rozwój relacyjności – nie osobowości; oraz analogicznie uwarunkowania zaburzenia relacyjności – nie uwarunkowania zaburzeń osobowości. W RCT źródłem cierpienia oraz braku rozwoju jest izolacja związana z wyłączeniem, rozłączeniem rozwojowej relacyjności. RCT opisuje kształtowanie się różnorodnych zaburzeń, które są wynikiem doświadczania niewystarczająco dobrych relacji w życiu, w szczególności w najwcześniejszych okresach życia. Doświadczenia te prowadzą do sztywnego wzorca kształtowanych relacji bądź ogólnego ich unikania w życiu późniejszym. Kiedy relacja z istotną postacią nie spełnia kryteriów dobrej relacji, jednostka w wyniku przymusu może trwać w niej kosztem własnych potrzeb rozwojowych. W sytuacji gdy relacja jest niezbędna do przeżycia i związana jest z takimi doświadczeniami jak wykorzystanie seksualne czy psychiczne, osoba może zatracić kontakt z własnymi przeżyciami, myślami, emocjami. Chociaż inne klasyczne ujęcia podkreślają w uwarunkowaniach osobowości traumę relacyjną czy niewystarczająco

dobrą relację, to przy diagnozie człowieka dorosłego używają nomenklatury wskazującej na „posiadanie” przez jednostkę zaburzenia osobowości; koncepcja kulturowo-relacyjna zaś nie przypisuje zaburzenia do jednostki – osoba nie „ma” określonego zaburzenia, lecz „wystąpiły” i „występują” określone nierozwojowe relacje w życiu danej jednostki (Jordan, 2003).

RCT uznaje istnienie poczucia „ja”, wiedzy o własnych myślach, uczuciach i zachowaniach, podkreśla jednakże fakt, iż występują one zawsze w pewnym kontekście, który ma na nie istotny wpływ. Kontekst ten może się zmienić, powodując równocześnie zmianę doświadczania siebie. Teoria zwraca również uwagę na podział władzy w kulturze – występowanie grup uprzywilejowanych, których doświadczenia i wyznawane wartości uznawane są za normę, a odbiegające od niej zaś wartościowane są jako zaburzone. Opisuje, jak podział władzy w danym społeczeństwie kształtuje warstwy powodujące izolację i wyłączenie pewnych grup społecznych: kobiet, osób o innej niż większość społeczeństwa rasie, wyznaniu, pochodzeniu etnicznym, orientacji seksualnej. Grupa dominująca kreuje rzeczywistość, do której to członkowie grup podporządkowanych powinni się dopasować, co możliwe jest poprzez rozłączenie z własnymi potrzebami i doświadczeniami bądź odizolowanie i rozłączenie w relacjach z większością. Dodatkowo nieświadomość członków grup dominujących o byciu do niej przynależnym oraz nieświadomość własnego uprzywilejowania grup większościowych przyczynia się do wartościowania pozytywnie indywidualizmu. Cienienie w danej kulturze indywidualizmu utrudnia osobom ze społeczności wykluczanych kreowanie własnych grup odniesienia, przez co nasila ich poczucie izolacji. Związek korelacyjny pomiędzy poczuciem braku wsparcia społecznego a zaburzeniami osobowości został potwierdzony w badaniach, jak również z większym poziomem odczuwanego stresu i problemami środowiskowymi – jednakże nie można stwierdzić czy spełnianie kryteriów diagnostycznych zaburzenia osobowości są przyczyną powyższych problemów, czy jedynie ich skutkiem (Ekselius i in., 2001). Zwrócenie uwagi na silny wpływ kultury na zachowanie w RTC wynika z jej ugruntowania w teoriach feministycznych, które w analizie zachowań ludzkich największą uwagę zwracają w porównaniu z innymi podejściami psychologicznymi na kulturowe uwarunkowania zachowań ludzkich, zarówno tych uznawanych za pożądane, jak i dysfunkcjonalne, dezadaptacyjne. Teorie feministyczne, psychologia feministyczna, do których nawiązuje RTC, narodziły się z rozczarowania dominującymi teoriami osobowości, zdrowia psychicznego i psychoterapii, które uznawano za androcentryczne i mizoginiczne, i chociaż feminizm powstał na skutek poczucia dyskryminacji wśród kobiet, obecnie jego założenia odnosi się również do innych grup społecznych niezadowolonych z hierarchicznego podziału władzy, nieprzynależnych do grup

uprzywilejowanych. Przedstawiciele i przedstawicielki terapii feministycznej twierdzą, że źródła problemów klientów, klientek nie można upatrywać w głównej mierze w czynnikach wewnątrzpsychicznych, lecz należy wziąć pod uwagę kulturowe cechy danej osoby będące w interakcji z siłami społecznymi. Wskazują oni również, iż osobiste doświadczenia są żywą wersją rzeczywistości – prywatne jest polityczne (Gelso, Hayes, 2004).

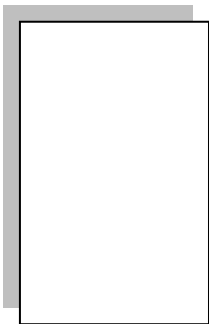
18.4. Wartość uwzględniania perspektywy społeczno-kulturowej przy diagnozie zaburzeń osobowości

Perspektywa społeczno-kulturowa wskazuje, że różne cechy osobowości w zależności od kontekstu mogą mieć pozytywne bądź negatywne znaczenie oraz że diagnoza nozologiczna może nie odzwierciedlać złożoności uwarunkowań zachowań ludzkich. Diagnoza zaburzenia osobowości może również patologizować i uprzedmiotawiać jednostkę oraz przyczyniać się do pomijania złożoności przyczyn funkcjonowania człowieka, a także wpływać na dystansowanie się wobec problemu jednostki. Rozważania w niniejszym rozdziale skłaniają do spojrzenia na zaburzenia osobowości nie tylko jako patologiczny wzorzec funkcjonowania jednostki, lecz również jako zaburzenia związane ze sferą relacji międzyludzkich występujących w określonej kulturze. Diagnoza nozologiczna wywodzi się z modelu medycznego i chociaż obecnie podkreśla się wzajemny wpływ czynników biologicznych i psychologicznych na zachowanie jednostki, to medyczna perspektywa koncentruje się jedynie na wpływie czynników środowiskowych na człowieka, a nie ich wzajemnej interakcji. Perspektywa społeczno-kulturowa uzmysławia powiązanie czynników bio-psycho-społecznych w funkcjonowaniu jednostki.

Zaburzenia osobowości w swojej definicji wskazują na stały wzorzec funkcjonowania, który między innymi z powodu uwarunkowań genetycznych wraz z wiekiem może umacniać się i stawać się mniej elastycznym. Chociaż istnieją badania wskazujące na możliwe do uzyskania zmiany pod wpływem psychoterapii pacjentów z zaburzeniami osobowości, to świadomość i uwzględnienie przedstawianej w niniejszym rozdziale perspektywy społeczno-kulturowej związanej z zaburzeniami osobowości wydają się istotne w szeroko rozumianej pomocy psychologicznej (Paris, 2003). Perspektywa społeczno-kulturowa wskazuje, iż niektóre cechy osobowości mogą być adaptacyjne, jak również i dezadaptacyjne w zależności od środowiska; innymi słowy stałe cechy osobowości mogą wyrażać się w inny sposób w zależności od otoczenia jednostki. Osoby z cechami przypisywanymi za-

burzeniom osobowości, żyjąc w społeczeństwie, uczą się i potrafią znajdować adaptacyjne rozwiązania własnych problemów i modulować własne zachowania. Dzięki terapii i podczas niej proces ten może przebiegać szybciej i bardziej efektywnie. Perspektywa społeczno-kulturowa wskazuje, że pacjenci mogą funkcjonować w otoczeniu, w którym ich cechy osobowości byłyby wykorzystane w prorozwojowy sposób – przykładowo osoby impulsywne mogłyby wykorzystać swoje cechy w sytuacjach wymagających szybkich reakcji, zaś unikające w pracy wymagającej odosobnienia. Otoczenie, w którym pacjenci funkcjonują, powinno również minimalizować wpływ ich słabych stron – osoby cechujące się chwiejnością emocjonalną nie powinny podejmować zadań mogących z nią kolidować.

Pacjenci z zaburzeniami osobowości mają problem, szczególnie we współczesnym świecie, z odnalezieniem odpowiedniej dla siebie roli społecznej, a jej odnalezienie sprzyja ich lepszemu funkcjonowaniu (Paris, 2003). Nie mają pełnego zakresu wyboru podejmowanych ról społecznych, też tych związanych z tradycyjnie rozumianą rodziną. Niemniej jednak pomoc w tworzeniu sieci wsparcia wydaje się często szczególnie istotna dla zmniejszenia poczucia ich izolacji społecznej.



Literatura

- Abracen, J., Looman, L., Di Fazio, R., Kelly, T., Stirpe, T. (2006). Patterns of attachment and alcohol abuse in sexual and violent non-sexual offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 12, 19-30.
- Abracham, K. (1995). Kształtowanie się charakteru - wpływ erotyzmu oralnego. W: M. Kets de Vries, S. Perzow (red.), *Podręcznik psychoanalitycznych studiów charakterologicznych* (s. 76-90), Warszawa: Jacek Santorski.
- Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2006). Developmental issues in assessment, taxonomy, and diagnosis of psychopathology: Life-span and multicultural perspectives. W: D. Cicchetti, D.J. Cohen (red.), *Developmental Psychopathology 1: Theory and Method*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Acklin, M.W. (1992). Drive, ego, object, and self: A synthesis for clinical work. *American Journal of Psychiatry*, 149, 265-266.
- Acklin, M.W. (1994). Psychodiagnosis of Personality Structure III: Neurotic Personality Organization. *Journal of Personality Assessment*, 63, 1-9.
- Adams, H.E., Sutker, P.B. (2002). *Comprehensive handbook of psychopathology*. New York-Boston-Dordrecht-London-Moscow: Kluwer.
- Adler, G. (1980). Transference, real relationship and alliance. *International Journal of Psycho-Analysis*, 61, 547-558.
- Adler, G., Buie, D.H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: the possible relevance of child development issues. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 83-96.
- Ahmed, A., Green, B., Buckley, P., McFarland, M. (2012). Taxometric analyses of paranoid and schizoid personality disorders. *Psychiatry Research*, 196, 123-132.
- Akhtar, S. (1987). Schizoid Personality Disorder: A synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *American Journal of Psychotherapy*, 151, 499-518.
- Akhtar, S. (1992). *Broken structures: Severe Personality Disorders and Their Treatment*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
- Akhtar, S., (1990). Paranoid Personality Disorder: A synthesis of developmental, dynamic and descriptive Features. *American Journal of Psychotherapy*, 44, 1, 5-25.
- Alarcon, R.D. (2005). Cross-Cultural Issues. W: J.M. Oldham, A.E. Skodol, D.S. Bender (red.), *Textbook of Personality Disorders*. American Psychiatric Publishing.
- Alarcón, R.D., Foulks E.F. (1995a), Personality Disorders and Culture: Contemporary Clinical Views (Part A). *Cultural Diversity and Mental Health*, 1, 1, 3-17.

- Alarcón, R.D., Foulks E.F. (1995b), Personality Disorders and Culture: Contemporary Clinical Views (Part B). *Cultural Diversity and Mental Health*, 1, 2, 79-91.
- Albert, U., Maina, G., Forner, F., Bagetto, F. (2004). DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 325-332.
- Alford, B.A., Beck, A.T. (2005). *Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Allertz, A., van Voorst, G. (2007). Personality disorders from the perspective of child and adolescent psychiatry. W: B. Luyn, S. Akhtar, W.J. Livesley (red.), *Severe Personality Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Allnut, S., Links, P.S. (1996). Diagnosing specific personality disorders and the optima criteria. W: P.S. Links (red.), *Clinical Assessment and Management of Severe Personality Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Alnæs, R., Torgersen, S. (1999). A 6-year follow-up study of anxiety disorders in psychiatric outpatients: Development and continuity with personality disorders and personality traits as predictors. *Northern Journal of Psychiatry*, 53, 409-416.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. Fourth Edition, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000/2008). *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. J. Wciórka (red.). Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- American Psychiatric Association (2012). *DSM-V Development. Criteria for the personality Disorder*. May 2012. <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=14> [dostęp: 20.08.2012].
- American Psychiatric Association (2012). *T 01 Obsessive-compulsive personality disorder: Proposed revision*. <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=22#>
- Ansell, E.B., Grilo, C.M. (2007). Personality Disorders. W: M. Hersen, S.M. Turner, D.C. Beidel (red.), *Adult Psychopathology and Diagnosis* (s. 633-378). Hoboken: John Wiley and Sons.
- Ansell, E.B., Pinto, A., Crosby, R.D., Becker, D.F., Añez, L.M., Paris, M., Grilo, C.M. (2010). The prevalence and structure of obsessive-compulsive personality disorder in Hispanic psychiatric outpatients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 275-281.
- Arntz, A. (1994). Treatment of borderline personality disorder: A challenge for cognitive-behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 419-430.

- Arntz, A. (2012). Schema therapy for cluster C personality disorders. W: M. van Vreeswijk, J. Broersen, M. Nadort (red.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* (s. 397–414). Chichester: John Wiley and Sons.
- Arntz, A., van Genderen, H. (2009). *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Arntz, A., Weertman, A., Salet, S. (2011). Interpretation bias in Cluster-C and borderline personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 472–481.
- Awad, G.A., (1985). Responsiveness in psychotherapy with antisocial adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 39, 4, 490–498.
- Babiak, P. (2007). From darkness into light: Psychopathy in industrial and organizational psychology. W: H. Herve', J.C. Yuille (red.), *The Psychopath: Theory, Research, and Practice* (s. 411–428). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Babiak, P., Hare, R.D. (2009). *Węże w garniturach. Gdy psychopaci idą do pracy*. Poznań: Jeżeli P To Q Wydawnictwo.
- Baer, L., Jenike, M.A. (1992). Personality disorders in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 803–812.
- Bamelis, L.L.M., Renner, F., Heidkamp, D., Arntz, A. (2011). Extended schema mode conceptualizations for specific personality disorders: An empirical study. *Journal of Personality Disorders*, 25, 41–58.
- Bancroft, J. (2011). *Seksualność człowieka*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Bardziejewska, M. (2005). Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków? W: A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Barlow, D.H., Durand, V.M. (2012). *Abnormal psychology*. Belmont: Wadsworth.
- Bartol, C.R., Bartol, A.M. (2005). *Criminal behavior. A Psychological Approach*. New Jersey: Pearson Education.
- Bateman, A.W., Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Battaglia, M., Bernardeschi, L., Franchini, L., Bellodi, L., Smeraldi, E. (1995). A family study of schizotypal disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 33–45.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford: International Universities Press.
- Beck, A.T., Freeman, A. (1990) (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D., Pretzer, J., Fleming, B., Arntz, A. (2003). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D., Pretzer, J., Fleming, B., Arntz, A. (2005). *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Behrends, R.S., Blatt, S.J. (1985). Internalization and psychological development throughout the life cycle. *Psychoanalytic Study of the Child*, 40, 11–39.
- Beidel, D.C., Bulik, C.M., Stanley, M.A. (2012). *Abnormal Psychology*. New Jersey: Pearson Education.
- Beisert, M. (2004). Histrioniczne (histeryczne) zaburzenia osobowości. W: L. Cierpiałkowska (red.), *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia* (s. 133–160). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

- Beisert, M. (2006). W poszukiwaniu modelu seksualności. W: M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka* (s. 7–32). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bell, R.C., Jackson, H.J. (1992). The structure of personality disorders in DSM-III. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 279–287.
- Benjamin, L.S. (1996). An interpersonal theory of personality disorder. W: J.F. Clarkin, M.F. Lenzenweger (red.), *Major Theories of Personality Disorders* (s. 106–140). New York–London: Guilford.
- Benjamin, L.S. (1996). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. New York: Guilford.
- Berant, E., Zim, S. (2009). Between Two Worlds. A Case Study of the Integrative Process of Personality Assessment. *Rorschachiana*, 29, 201–232.
- Berman, S.M.W., McCann, J.T., (1995). Defense Mechanisms and Personality Disorders: An Empirical Test of Millon's Theory. *Journal of Personality Assessment*, 64, 1, 132–144.
- Bernstein, D.P. (2005). Cognitive Therapy for Clients with Personality Disorders and Comorbid Axis I Psychopathology. W: J. Reich (red.), *Personality Disorders Current Research and Treatments* (s. 147–166). New York–London: Routledge.
- Bernstein, D.P., Eshkol, R., Young, J. (2011). *Psychoterapia skoncentrowana na schematach*. Warszawa: Zielone Drzewo.
- Bernstein, D.P., Ueda, J. (2007). Paranoid personality disorder. W: W. O'Donohue, K. Fowler, S. Lilienfeld (red.), *Personality disorders: Toward the DSM-V*. Thousand Oaks: Sage.
- Beutler, L.E., Groth-Marnat, G. (2003). *Integrative assessment of adult personality*. New York: Guilford.
- Bilikiewicz, A., Smoczyński, S. (1989). *Psychopatologia guzów śródczaszkowych*. Warszawa: PZWL.
- Blair, R.J.R., Mitchell, D.G.V., Blair, K.S. (2005). *The Psychopath: Emotion and Brain*. Oxford, UK: Blackwell.
- Blatt, S.J., Auerbach, J.S. (1988). Differential cognitive disturbances in three types of borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 2, 3, 198–211.
- Blatt, S.J., Levy, K., (2003). Attachment Theory, Psychoanalysis. Personality Development, and Psychopathology, *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 1, 102–152.
- Bleiberg, E. (1994a). Normal and pathological narcissism in adolescence. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 1, 30–51.
- Bleiberg, E. (1994b). Borderline disorders in children and adolescents: The concept, the diagnosis, and the controversies. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 2, 169–196.
- Bleiberg, E. (2004). Treatment of dramatic personality disorders in children and adolescents. W: J.J., Magnavita (red.), *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice* (s. 467–497). New Jersey.
- Bleuler, E. (1922). Die probleme der Schizoidie und der Syntonie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 78, 373–388.
- Block, J. (2002). *Personality as an Affect-Processing System. Toward an Integrative Theory*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Blos, P. (1967). The Second Individuation Process of Adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 162–186.

- Blos, P. (1979). *The Adolescent Passage: Developmental Issues*. New York: International Universities Press.
- Bodlund, O., Armelius, K. (1994). Self image and personality traits in gender identity disorders: An empirical study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, 303–317.
- Bollas, Ch. (2000). *Hysteria*. London: Routledge.
- Borge, F.M., Hoffart, A., Sexton, H., Martinsen, E., Gude, T., Hedley, L.M., Abrahamsen, G. (2010). Pre-Treatment predictors and in-treatment factors associated with change in avoidant and dependent personality disorder traits among patients with social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 87–99.
- Bornstein, R.F. (1992). The Dependent personality: Developmental, social and clinical perspectives. *Psychological Bulletin*, 112, 1, 3–23.
- Bornstein, R.F. (1995a). Comorbidity of dependent personality disorder and other psychological disorders: an integrated review. *Journal of Personality Disorders*, 9, 4, 286–303.
- Bornstein, R.F. (1995b). Active Dependency. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 2, 64–77.
- Bornstein, R.F. (1996). Beyond orality: Toward an object relations/interactionist reconceptualization of the etiology and dynamics of dependency. *Psychoanalytic Psychology*, 13, 2, 177–203.
- Bornstein, R.F. (1997). Dependent personality disorder in the DSM-IV and beyond. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 2, 175–187.
- Bornstein, R.F. (1998). Depathologizing dependency. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 2, 67–73.
- Bornstein, R.F. (1999). Dependent and Histrionic Personality Disorders. W: T. Millon, P.H. Blaney, R.D. Davis (red.), *Oxford Textbook of Psychopathology* (s. 535–554). Oxford: Oxford University Press.
- Bornstein, R.F. (2005). Psychodynamic Theory and Personality Disorders. W: S. Strack (red.), *Handbook of Personology and Psychopathology* (s. 164–181). New Jersey: Wiley.
- Bornstein, R. F. (2005). *The Dependent Patient. A Practitioner's Guide*. Washington: American Psychological Association.
- Bornstein, R. F. (2012). Illuminating a Neglected Clinical Issue: Societal Costs of Interpersonal Dependency and Dependent Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 7, 766–781.
- Bornstein, R.F., Bowen, R.F. (1995). Dependency in Psychotherapy: Toward an Integrated Treatment Approach. *Psychotherapy*, 32, 4, 520–534.
- Bornstein, R.F., Manning, K.A., Krukonis, A.B., Rossner, S.C., Mastro Simone, C.C. (1993). Sex Differences in Dependency: A Comparison of Objective and Projective Measures. *Journal of Personality Assessment*, 61, 1, 169–181.
- Boschen, M.J., Warner, J.C. (2009). Publication trends in individual DSM personality disorders: 1971–2015. *Australian Psychologist*, 44, 2, 136–142.
- Bouchard, S., Godbout, N., Sabourin, S. (2009). Sexual Attitudes and Activities in Women with Borderline Personality Disorder Involved in Romantic Relationships. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 35, 106–121.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. London: The Hogarth Press.

- Braverman, L. (2003), *Feminizm i terapia rodzin: przyjaciele czy wrogowie*. W: L. Braverman (red.), *Podstawy feministycznej terapii rodzin*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Brenman, E. (2010). *Odzyskanie dobrego obiektu*. Zakrzewo: Replika.
- Brenner, C. (1955). *An Elementary Textbook of Psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Broto, L.A., Knudson, G., Inskip, J., Rhodes, K., Erskine, Y. (2010). Asexuality: A Mixed-Methods Approach. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 599–618.
- Buie, D.H., Adler, G. (1982). The definitive treatment of borderline personality. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 51–87.
- Bukstein, O.G., Brent, D.A., Kammer, Y. (1989). Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 146, 9, 1131–1141.
- Cale, E.M., Lilienfeld, S.O. (2002). Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder: sex-differentiated manifestations of psychopathy? *Journal of Personality Disorders*, 16, 52–72.
- Caligor, E., Kernberg, O.F., Clarkin, J.F. (2007). *Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Calvin, S.H., Lindzey, G., Campbell, J.B. (2006). *Teorie osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Carr, S.N., Francis, A.J.P. (2010). Do early maladaptive schemas mediate the relationship between childhood experiences and avoidant personality disorder features? A preliminary investigation in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 343–358.
- Carson, R.C., Butcher, J.N., Mineka, S. (2003). *Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świecie* (t. 1 i 2). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Carter, A.S., Marakovitz, S.E., Sparrow, S.S. (2006). Comprehensive psychological assessment: A developmental psychopathology approach for clinical and applied research. W: D. Cicchetti, D.J. Cohen (red.), *Developmental Psychopathology*. Volume One: *Theory and Method*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Chang, C., Chen, W.J., Liu, S.K., Cheng, J.J., Yang, W., Chang, H., Hwu, H. (2002). Morbidity risk of psychiatric disorders among the first degree relatives of schizophrenia patients in Taiwan. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 3, 379–392.
- Chavira, D.A., Grilo, C.M., Shea, M.T., Yen, S., Gunderson, J.G., Morey, L.C., Skodol, A.E., Stout, R. L., Zanarini, M.C., McGlashan, T.H. (2003). Ethnicity and four personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 6, 483–491.
- Christiansen, K.O. (1977). Preliminary study of criminality among twins. W: S.A. Mednick, K.O. Christiansen (red.), *Biological Bases of Criminal Behavior* (s. 89–108). New York: Gardner Press.
- Cierpiałkowska, L. (2001). Psychoterapia psychoanalityczna i behawioralna pacjentów borderline. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Cierpiałkowska, L. (2002). Otto Kernberga psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu. W: L. Cierpiałkowska, J. Gościński (red.), *Współczesna psychoanaliza. Teorie relacji z obiektem* (s. 119–148). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

- Cierpiałkowska, L. (2004). Zaburzenia osobowości w modelach medycznych i psychologicznych. W: L. Cierpiałkowska (red.), *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cierpiałkowska, L. (2004a). Zaburzenie osobowości borderline. W: L. Cierpiałkowska (red.), *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia* (s. 99–132). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cierpiałkowska, L. (2004b). Zaburzenia osobowości w modelach medycznych i psychologicznych. W: L. Cierpiałkowska (red.), *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia* (s. 11–32). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cierpiałkowska, L. (2007). *Psychopatologia*. Warszawa: Scholar.
- Cierpiałkowska, L., Gościński, J. (red.), (2002). *Współczesna psychoanaliza. Teorie relacji z obiektem*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (2002). Orientacja na dobrostan i orientacja na cierpienie w rozwiązywaniu współczesnych problemów zdrowotnych. W: J. Brzeziński, H. Sęk (red.), *Kolokwia Psychologiczne: Psychologia w obliczu zachodzących przemian społeczno-kulturowych* (s. 177–196). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (2005). Psychologia kliniczna a psychopatologia – wzajemne zależności. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. Tom 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Clarkin, J.F. (2006). Conceptualization and treatment of personality disorders. *Psychotherapy Research*, 16, 1, 1–11.
- Clarkin, J.F., Foelsch, P.A., Levy, K.N. i in. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorders: a preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, 15, 487–495.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: Wiley.
- Cleckley, H. (1976). *The Mask of Sanity*. St. Louis: Mosby.
- Cloninger, C.R. (1997). A psychobiological model of personality and psychopathology. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 37, 2, 91–102.
- Cloninger, C.R. (1999). *Personality and Psychopathology*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cloninger, C.R. (2005). Genetics. W: J.M. Oldham, A.E. Skodol, D.S. Bender (red.), *Textbook of Personality Disorders*. American Psychiatric Publishing.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Bayon, C., Przybeck, T.R. (1999). Measurement of Psychopathology as Variants of Personality. W: C.R. Cloninger (red.), *Personality and Psychopathology* (s. 33–65). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Coccaro, E.F., Siever, L.J. (2005). Neurobiology. W: J.M. Oldham, A.E. Skodol, D.S. Bender (red.), *Textbook of Personality Disorders*. American Psychiatric Publishing.
- Cohen, P., Crawford, T. (2005). Developmental issues. W: J.M. Oldham, A.E. Skodol, D.S. Bender (red.), *Textbook of Personality Disorders*. American Psychiatric Publishing.
- Cohen, P., Crawford, T.N., Johnson, J.G. (2005). The Children in the Community Study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19, 466–486.
- Coles, M.E., Pinto, A., Mancebo, M.C., Rasmussen, S.A., Eisen, J.L. (2008). OCD with comorbid OCPD: A subtype of OCD? *Journal of Psychiatric Research*, 42, 289–296.

- Comtois, K.A., Levensky, E.R., Linehan, M.M., (1999). Behavior therapy. W: M. Hersen, A.S. Bellack (red.), *Handbook of Comparative Interventions for Adult Disorders* (s. 555–583). New York: John Wiley and Sons.
- Cooke, D.J. (2001). Psychopathy, sadism and serial killing. W: A. Raine, J. Sanmartin (red.), *Violence and Psychopathy* (s. 123–139). New York: Kluwer Academic-Plenum.
- Coolidge, F.L., Segal, D.L. (1998). Evolution of personality disorders diagnosis in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Clinical Psychological Review*, 18, 5, 585–599.
- Coolidge, F., Estey, A., Segal, D., Marle, P. (2013). Are alexithymia and schizoid personality disorder synonymus diagnoses? *Comprehensive Psychiatry*, 54, 2, 141–148.
- Costa, P.T., McCrae, R.R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 343–359.
- Costa, P., Samuels, J., Bagby, M., Daffin, L., Norton, H. (2005). Obsessive-compulsive personality disorder: A review. W: M. Maj, H.S. Akiskal, J.E. Mezzich, A. Okasha (red.), *Personality Disorders*, (s. 405–439). New York: John Wiley and Sons.
- Cottraux, J., Blackburn, I.M. (2001). Cognitive Therapy. W: W.J. Livesley (red.), *Handbook of Personality Disorders. Theory, Research, and Treatment* (s. 377–399). New York-London: Guilford.
- Cramer, V., Torgersen, S., Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 178–184.
- Crino, R. D., Andrews, G. (1996). Personality disorder in obsessive compulsive disorder: A controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 30, 29–38.
- Cuesta, M., Peralta, V., Caro, F. (1999). Premorbid personality in psychoses. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 4, 801–811.
- Curnoe, S., Langevin, R. (2002). Personality and deviant sexual fantasies: An examination of the MMPIs of sex offenders. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 7, 803–815.
- Czabała, C. (2010). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Davidson, K. (2008). *Cognitive Therapy for Personality Disorders. A Guide for Clinicians*. London-New York: Routledge.
- Dąbrowski, K. (1985). Zdrowie psychiczne ludzi przeciętnych, wybitnych, o ukształtowanej osobowości oraz problem psychopatii. W: K. Dąbrowski (red.), *Zdrowie psychiczne* (s. 165–177). Warszawa: PWN.
- de Folch, T.E. (1984). The Hysteric's use and misuse of observation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 65, 399–410.
- de Reus, R.J.M., Emmelkamp, P.M.G. (2012). Obsessive-compulsive personality disorder: A review of current empirical findings. *Personality and Mental Health*, 6, 1–21.
- De Mijolla, A. (red.), (2005). *International Dictionary of Psychoanalysis*. Detroit: Thomson Gale.
- Derber, C. (2002). *Zaistnieć w społeczeństwie. O potrzebie zwracania na siebie uwagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Diaferia, G., Bianchi, I., Bianchi, M.L., Cavedini, P., Erzegovesi, S., Bellodi, L. (1997). Relationship between obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 38–42.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV TR (2000). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Dittmann, V., Ermer, A., Stieglitz, R.-D. (2005). Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych. W: H.J. Freyberger, W. Schneider, R.-D. Stieglitz (red.), *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej* (s. 195–207). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Dobbert, D.L. (2007). *Understanding Personality Disorders. An Introduction*. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Dowson, J.H., Grounds, A. (1995). *Personality Disorders: Recognition and Clinical Management*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dowson, J.H., Grounds, A.T. (2004). *Personality Disorders: Recognition and Clinical Management*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Drat-Ruszczak, K. (2000). Teorie osobowości – podejście psychodynamiczne i humanistyczne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Tom II. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Drat-Ruszczak, K. (2002). Portret narcyza. *Charaktery*, 9, 18–20.
- Draughon, M. (1977). Ego-building: an aspect of the treatment of psychopaths. *Psychological Reports*, 40, 615–626.
- Duffey, T., Somody, C. (2011). The Role of Relational-Cultural Theory in Mental Health Counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 33, 223–243.
- Dulit, R.A., Fyer, M.R., Miller, F.T., Sacks, M.H., Frances, A.J. (1993). Gender differences in sexual preference and substance abuse of inpatients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 7, 182–185.
- Dunn, N.J., Yanasak, E., Schillaci, J., Simotas, S., Rehm, L.P., Soucek, J., Menke, T., Ashton, C., Hamilton, J.D. (2004). Personality Disorders in veterans with Posttraumatic Stress Disorder and Depression. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 1, 75–82.
- Edens, J.F., Marcus, D.K., Morey, L.C. (2009). Paranoid Personality has a dimensional latent structure: Taxometric analyses of community and clinical samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 3, 545–553.
- Ekleberry, S.C. (2000). *The Dual Diagnosis and the Paranoid Personality Disorder*. <http://www.toad.net/~arcturus/dd/paranoid> [dostęp: 9.11.2003].
- Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T., Fredrikson, M. (2001). Personality disorder in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences*, 30, 311–320.
- Erikson, E. (2000). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Rebis.
- Eron, L.D. (1997). The development of antisocial behavior from a learning perspective. W: D.M. Stoff, J. Breiling, J.D. Maser (red.), *Handbook of Antisocial Behavior* (s. 140–147). New York: Wiley.
- Esterberg, M.L., Goulding, S.M., Walker, E.F. (2010). Cluster A Personality Disorders: Schizotypal, Schizoid and Paranoid Personality Disorders in Childhood and Adolescence. *Journal of Psychopathological Behavioral Assessment*, 32, 515–528.
- Evans, J., Watson, N. (2010). Assessing personality disorder within a formulation framework. W: N. Murphy, D. McVey (red.), *Treating Personality Disorder* (s. 34–55). New York-London: Routledge.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *Psychological Studies of the Personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Fairbairn, W.R.D. (1958) On the nature and aims of psycho-analytical treatment. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 374–385.

- Falkum, E., Pedersen, G., Karterud, S. (2009). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, paranoid personality disorder diagnosis: A unitary or a two dimensional construct? *Comprehensive Psychiatry*, 50, 533–541.
- Farmer, R., Nash, H., Dance, D. (2004). Mood patterns and variations associated with personality disorder pathology. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 4, 289–303.
- Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: W.W. Norton.
- First, M.B., Bell, C.C., Cuthbert, B. (2002). Personality Disorders and Relational Disorders: A Research Agenda for Addressing Crucial Gaps in DSM. W: D.J. Kupfer, M.B. First, D.A. Regier (red.), *A Research Agenda for DSM-V* (s. 123–200). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Fischer-Kern, M., Buchheim, A., Schuster, P., Kapusta, N.D., Tmej, A. (2010). The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 4, 395–409.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G. (2006). Psychoanalytic perspectives on developmental psychopathology. W: D. Cicchetti, D.J. Cohen (red.), *Developmental Psychopathology*. Vol. 1: *Theory and Method*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Fraley, R.C., Shaver, P.R. (1997). Adult attachment and the suppression of unwanted thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1080–1091.
- Frances, A., Ross, R. (1996). *DSM-IV Case Studies. A Clinical Guide to Differential Diagnosis*. Washington: American Psychiatric Press.
- Frank, J.D., Frank, J.B. (2005). *Perswazja i uzdrawianie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Frankfort-Nachmias, C., Nachmias, D. (2001). *Metody badawcze w naukach społecznych*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Freud, S. (1893/2001). O psychicznym mechanizmie zjawisk histerycznych. W: S. Freud (red.), *Histeria i lęk* (s. 7–16). Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Freud, S. (1905/1999). Trzy rozprawy z teorii seksualności. W: S. Freud (red.), *Życie seksualne* (s. 27–130). Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Freud, S. (1908/1991). Charakter a erotyzm analny. W: K. Pospiszył (red.), *Zygmunt Freud. Człowiek i dzieło*. Wrocław: Ossolineum.
- Freud, S. (1908/2009). *Charakter a erotyka*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Freud, S. (1914/1967). Przypominanie, powtarzanie i przepracowywanie. W: K. Pospiszył (red.), *Zygmunt Freud – człowiek i dzieło*. Wrocław – Warszawa – Kraków: Ossolineum.
- Freud, S. (1914/1991). Przypominanie, powtarzanie i przepracowywanie. W: K. Pospiszył (red.), *Zygmunt Freud – człowiek i dzieło*. Wrocław: Ossolineum.
- Freud, S. (1995). Niektóre typy charakterów spotykane w pracy psychoanalitycznej. W: M. Kets de Vries, S. Perzow (red.), *Podręcznik psychoanalitycznych studiów charakterologicznych* (s. 47–71), Warszawa: Jacek Santorski.
- Freud, S., Breuer, J. (2008). *Studia nad histerią*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Freud, Z. (1991). Wprowadzenie do narcyzmu. W: K. Pospiszył (red.), *Zygmunt Freud. Człowiek i dzieło* (s. 273–294). Wrocław: Ossolineum.
- Gabbard, G.O. (1985). The role of compulsiveness in the normal physician. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 254, 2926–2929.

- Gabbard, G.O. (2009). *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gabbard, G.O., Newman, C.F. (2005). Psychotherapy of obsessive-compulsive personality disorder. W: G.O. Gabbard, J.S. Beck, J. Holmes (red.), *Oxford textbook of psychotherapy* (s. 329–337). New York: Oxford University Press.
- Gabbard, G.O., Wilkinson, S.M. (2011). *Przeciwnieprzeniesienie w terapii pacjentów borderline*. Warszawa: IMAGO.
- Gabińska, A., Niedźwiedzki, J. (2009). Psychologiczna diagnoza i pomiar zaburzeń osobowości. W: E. Trzebińska (red.), *Szaleństwo bez utraty rozumu. Z badań nad zaburzeniami osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.
- Galińska, E. (2011). Historia integracji w psychoterapii. W: L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), *Psychoterapia. Integracja. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Eneteia.
- Gallagher, N.G., South, S.C., Oltmanns, T.F. (2003). Attentional coping style in obsessive-compulsive personality disorder: A test of the intolerance of uncertainty hypothesis. *Personality and Individual Differences*, 34, 41–57.
- Garfield, D., Havens, L., (1991). Paranoid phenomena and pathological narcissism. *American Journal of Psychotherapy*, 45, 2, 160–172.
- Garfield, D., Havens, L., (1993). The treatment of paranoid phenomena: The development of the self. *American Journal of Psychotherapy*, 47, 1, 75–89.
- Gelso, C.J., Hayes, J.A. (2004). *Relacja terapeutyczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Goertzel, T.G. (1994). Turncoats and true believers: The dynamics of political belief and disillusionment. *Contemporary Sociology*, 23, 1, 67–68.
- Goldstein, E.G. (2003). *Zaburzenia z pogranicza. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Górska, D. (2004). Osobowość zależna. W: L. Cierpiałkowska (red.), *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Grabowska, A. (1997). Lateralizacja emocji w mózgu – Dane eksperymentalne i kliniczne. W: A. Herzyk, A. Borkowska (red.), *Neuropsychologia emocji. Poglądy, badania, klinika* (s. 59–82), Lublin: UMCS.
- Grabski, B., Gierowski, J.K. (2012). Zaburzenia osobowości – różne spojrzenia i próby ich integracji. *Psychiatria Polska*, 46, 5, 829–844.
- Granholm, E., Cadenhead, K., Shafer, K., Filoteo, J. (2002). Lateralized Perceptual Organization Deficits on the Global-Local Task in Schizotypal Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 42–52.
- Greenberg, J.R., Mitchell, S.A. (1983). *Object Relations Psychoanalytic Theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- Groth, J. (2004). Antyspołeczne zaburzenia osobowości. W: L. Cierpiałkowska (red.), *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia* (s. 161–188). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Groth, J. (2010). *Oblicza psychopatii. Obraz kliniczny i kategorie diagnostyczne*. Warszawa: Scholar.
- Grotstein, J. (1983). A Proposed Revision Of the Psychoanalytic Concept Of Primitive Mental States, Part II—The Borderline Syndrome-Section 1: Disorders of Autistic Safety And Symbiotic Relatedness. *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 570–604.

- Grzesiuk, L., Suszek, H. (2011). *Psychoterapia. Integracja. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Eneteia.
- Gunderson, J.G. (1984). *Borderline Personality Disorder* (s. 5–10). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J.G. (2008). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Gunderson, J.G., Kolb, J.E., Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1257–1264.
- Guntrip, H. (1969). *Schizoid Phenomena, Object-Relations, and the Self*. Boston: International Universities Press.
- Hajdukiewicz, D., Bogdanowicz, E. (1997). Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w tzw. anormalnej reakcji na alkohol Hoffa. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 6, 187–191.
- Hall, C.S., Lindzey, G., Campbell, J.B. (2006). *Teorie osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hanly, C., Masson, J. (1976). A Critical Examination of the New Narcissism. *Journal of the Psychoanalytic Association*, 57, 49–61.
- Hare, R.D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Journal of Personality and Individual Differences*, 1, 111–117.
- Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised. Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D. (1996). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 25–54.
- Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised. Manual*, 2nd Edition. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D. (2006). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. W: C.R. Bartol, A.M. Bartol (red.), *Current Perspectives in Forensic Psychology and Criminal Justice* (s. 107–118). London: Sage.
- Hare, R.D., Newman, C.S. (2006). The PCL-R assessment of psychopathy. Development, structural properties, and new directions. W: C.J. Patrick (red.), *Handbook of Psychopathy* (s. 58–88). New York: Guilford.
- Harris, G.T., Rice, M.E. (2009). *Rapists' sexual responses to phallometric stimuli emphasizing serious injury to victims: Testing sexual interest in coercion as a paraphilia*. Paper presented at the 28th Annual Research and Treatment Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA), Dallas, TX.
- Haslam, N. (2011). The return of the anal character. *Review of General Psychology*, 15, 351–360.
- Haynes, S.N. (2010). Zmienna natura diagnozy behawioralnej. W: A.S. Bellack, M. Hersen (red.), *Diagnoza behawioralna. Podręcznik*. Warszawa: Me-Komp.
- Hayward, B.A. (2007). Cluster A personality disorders: Considering the 'odd-eccentric' in psychiatric nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 15–21.
- Heilbrun, A. (1972). Adaptation to aversive maternal control and perception of simultaneously presented evaluative cues: A further test of a developmental model of paranoid behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 2, 301–307.
- Heilbrun, A. (1973). Defensive projection in late adolescents: Implications for a developmental model of paranoid behavior. *Child Development*, 43, 3, 880–891.

- Heim, A., Westen, D. (2005). Theories of personality and personality disorders. W: J.M. Oldham, A.E. Skodol, D.S. Bender (red.), *Textbook of Personality Disorders*. American Psychiatric Publishing.
- Heitzman, J. (2002). *Stres w etiologii przestępstw agresywnych*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Hendin, H. (1984). Combat Never Ends: The Paranoid Adaptation to Posttraumatic Stress. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 1, 121–131.
- Herzyk, A. (1996). Zaburzenia emocjonalne w dysfunkcjach mózgowych. W: A. Herzyk, D. Kadzielawa (red.), *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej* (s. 205–238). Lublin: UMCS.
- Herzyk, A. (2000). *Mózg. Emocje. Uczucia. Analiza psychologiczna*. Lublin: UMCS.
- Herzyk, A. (2005). *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*. Warszawa: Scholar.
- Hesselbrock, M.N., Hesselbrock, V.M., Babor, T.F., Stabenau, J.R., Meyer, R.E., Weidenman, M. (1984). Antisocial behavior, psychopathology and problem drinking in the natural history of alcoholism. W: D.W. Goodwin (red.), *Longitudinal Research in Alcoholism* (s. 197–214). Boston: Kluwer-Nijhoff.
- Hesselbrock, M.N., Meyer, R.E., Keener, J.J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1050–1055.
- Hesselbrock, V.M., Hesselbrock, M.N., Workman-Daniels, K.L. (1986). Effect of major depression and antisocial personality on alcoholism: Course and motivational patterns. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 3, 207–212.
- Hnebat, B., Steinbarth-Chmielewska, K., Baran-Furga, H. (2002). Zaburzenia spowodowane substancjami psychoaktywnymi. W: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria kliniczna* (s. 169–212). Wrocław: Urban & Partner.
- Hoenig, J., Kenna, J. (1974). The nosological position of transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 273–287.
- Hoenig, J., Kenna, J., Youd, A. (1970). Social and economic aspects of transsexualism. *British Journal of Psychiatry*, 117, 163–172.
- Hopwood, C.J., Morey, L.C., Grilo, C.M., Sanislow, C.A., McGlashan, T.H., Markowitz, J.C., Edelen, M.O., Shea, M.T., Daversa, M.T., Gunderson, J.G., Zanarini, M.C., Skodol, A.E. (2008). A Comparison of Interview and Self-Report Methods for the Assessment of Borderline Personality Disorder Criteria, *Psychological Assessment*, 20, 1, 81–85.
- Horney, K. (1945). *Our Inner Conflicts*. New York–London: W.W. Norton.
- Horney, K. (2001). *Nerwica a rozwój człowieka*. Poznań: Rebis.
- Horowitz, L.M. (2004). *Interpersonal Foundations of Psychopathology*. Washington: American Psychological Association.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B.A., Ureno, G., Villasenor, V.S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885–892.
- Horowitz, M.J. (2001). Histrionic personality disorder. W: G.O. Gabbard (red.), *Treatments of Psychiatric Disorders*, 2 (3rd edition) (s. 2293–2307). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Hull, J.W., Clarkin, J.F., Yeomans, F. (1993). Borderline personality disorder and impulsive sexual behaviour. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 1000–1002.

- Huprich, S.K., Bornstein, R.F. (2007). An overview of issues related to categorical and dimensional models of personality disorder assessment. *Journal of Personality Assessment*, 89, 1, 3–15.
- Hurlbert, D.F., Apt, C., White, L.C. (1992). An empirical examination into the sexuality of women with borderline personality disorders. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18, 231–242.
- ICD-10 (1997). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- ICD-10 (2000). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Izdebska, A., Pastwa-Wojciechowska, B. [w druku]. Poziomy organizacji osobowości w polskiej adaptacji kwestionariusza IPO Inventory of Personality Organization J.F. Clarkina, P.A. Foelsch, O.F. Kernberga: analiza psychometryczna. *Czasopismo Psychologiczne*.
- Jackson, R., Richards, H. (2007). Psychopathy in women: A valid construct with clear implications. W: H. Hervé, J.C. Yuille (red.), *The Psychopathy: Theory, Research, and Practice* (s. 389–410). Lawrence Erlbaum Associates.
- Jakubik, A. (2003). *Zaburzenia osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Janet, P. (1893). *L'état mental des hystériques*. Paris: Collection Charcot-Debove.
- Jang, K.L., Dick, D., Wolf, H., Livesley, W., Paris, J. (2005). Psychosocial Adversity and Emotional Instability: An Application of Gene–Environment Interaction Models. *European Journal of Personality*, 19, 359–372.
- Jensen, P., Hoagwood, K., Zitner, L. (2006). What's in a name? Problems versus prospects in current diagnostic approaches. W: D. Cicchetti, D.J. Cohen (red.), *Developmental Psychopathology 1: Theory and Method*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Jodzio, K. (2008). *Neuropsychologia intencjonalnego działania. Koncepcje funkcji wykonawczych*. Warszawa: Scholar.
- Johnson, J.G., Bromley, E., McGeoch, P.G. (2005). Role of childhood experiences in the development of maladaptive personality traits. W: J.M. Oldham, A.E. Skodol, D.S. Bender (red.), *Textbook of personality disorders*. American Psychiatric Publishing.
- Johnson, M. (1998). *Style charakteru*. Poznań: Zys i S-ka.
- Johnson, S. (1991). *The Symbiotic Character*. New York: W.W. Norton.
- Jordan, J.V. (2003). Personality Disorder or Relational Disconnection. W: J.J. Magnavita (red.), *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice*. New Jersey: Wiley.
- Josephs, L.S. (1992). *Character Structure and the Organization of the Self*. New York: Columbia University Press.
- Jovev, M., Jackson, H.J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18, 5, 467–478.
- Joyce, P.R., McKenzie, J.M., Luty, S.E., Mulder, R.T., Carter, J.D., Sullivan, P.F., Cloninger, C.N. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 756–764.
- Kagan, J. (2005). Personality and temperament: Historical perspective. W: M. Rosenbluth, S.H. Kennedy, R.M. Bagby (red.), *Depression and Personality. Conceptual and Clinical Challenges*. Washington: American Psychiatric Publishing.

- Kantor, M. (2003). *Distancing: Avoidant Personality Disorder, Revised and Expanded*. Westport-Connecticut London: Praeger.
- Kantor, M. (2010). *The Essential Guide to Overcoming Avoidant Personality Disorder*. Santa Barbara, California, Denver, Colorado, Oxford, England: Praeger, An Imprint of ABC-CLIO, LLC.
- Kazdin, A.E. (2006). *Psychoterapia dzieci i młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Kelly, D. (2003). *Schizotypal Personality Disorder*. <http://www.geocities.com/potypes/> [dostęp: 20.08.2012].
- Kendall, P.C. (2007). *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kernberg, O.F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 15, 641–685.
- Kernberg, O.F. (1970). A Psychoanalytic Classification of Character Pathology. *Journal of the Psychoanalytic Association*, 18, 800–822.
- Kernberg, O.F. (1970). Factors in the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personalities. *Journal of the Psychoanalytic Association*, 18, 51–83.
- Kernberg, O.F. (1974). Contrasting Viewpoints Regarding the Nature and Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personalities: A Preliminary Communication. *Journal of the Psychoanalytic Association*, 22, 255–266.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O.F. (1976). *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. London: Yale University Press.
- Kernberg, O.F. (1995). Aggression and transferences in severe personality disorders, *Psychiatric Times*, XII, 2, (wersja elektroniczna).
- Kernberg, O.F. (1995). *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. Yale University Press.
- Kernberg, O.F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. W: J.F. Clarkin, M.F. Lenzenweger (red.), *Major Theories of Personality Disorders* (s. 106–140). New York-London: Guilford.
- Kernberg, O.F. (1998). *Związki miłosne. Norma i patologia*. Poznań: Zys i S-ka.
- Kernberg, O.F. (2001). Object relation, affects and drives: Toward a new synthesis. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 5, 604–619.
- Kernberg, O.F. (2002). Osobowość narcystyczna i jej relacja do zachowań antyspołecznych i perwersji. Kraków, [niepublikowane materiały konferencyjne]. Kernberg.
- Kernberg, O.F. (2004a). *Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship: New Developments in the Psychopathology and Psychotherapy of Severe Personality Disorders*. London: Yale University Press.
- Kernberg, O.F. (2004b). Borderline Personality Disorder and Borderline Personality Organization: Psychopathology and Psychotherapy. W: J.J. Magnavita (red.), *Handbook of Personality Disorders. Theory and Practice* (s. 92–119). New Jersey: John Wiley and Sons.

- Kernberg, O.F. (2004c). The Diagnosis of Narcissistic Pathology in Adolescents. W: *Aggressivity Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship*. Haven: Conn – London: Yale University Press New.
- Kernberg, O.F., Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. W: M.F. Lenzenweger, J.F. Clarkin (red.), *Major Theories of Personality Disorder* (s. 114–156). New York: Guilford.
- Kernberg, O.F., Selzer, M.A., Koenigsberg, H.W., Carr, A.C., Appelbaum, A.H. (2005). *Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kernberg, O.F. (2005). Borderline personality disorder and borderline personality organization: Psychopathology and psychotherapy. W: J.J. Magnavita (red.), *Handbook of Personality Disorders. Theory and Practice* (s. 92–119). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Kernberg, O.F. (2012). Overview and critique of the classification of personality disorders proposed for DSM-V. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 163, 7, 234–238.
- Kernberg, P.F. (1983). Borderline Conditions: Childhood and Adolescent Aspects. W: K.S. Robson (red.), *The Borderline Child. Approaches to Etiology, Diagnosis and Treatment* (s. 100–119). McGraw-Hill.
- Kernberg, P.F. (1990). Borderline personality exists in children under twelve. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 478–482.
- Kernberg, P.F., Chazan, S.E. (1991). *Children with Conduct Disorders. A Psychotherapy Manual*. New York: BasicBooks.
- Kernberg, P.F., Weiner, A.S., Bardenstein, K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York: BasicBooks.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Chiu, W.T., Demler, O., Heeringa, S. (2004). The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Design and field procedures. *International Journal of Methods of Psychiatry Research*, 13, 593–602.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19.
- Kety, S., Rosenthal, D. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. W: D. Rosenthal, S. Kety (red.), *The Transmission of Schizophrenia* (s. 345–362). Oxford: Pergamon.
- Kępiński, A. (1977). *Psychopatie*. Warszawa: PZWL.
- Khan, M. (1983). *Hidden Selves*. London: Hogarth.
- Killingmo, B. (1995). *Psychoanalityczna metoda leczenia. Zasady i pojęcia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Klein, M. (1923). The development of the child. *International Journal of Psychoanalysis*, 4, 419–474.
- Klein, M. (1940/2007). Żaloba i jej związek ze stanami maniakalno-depresyjnymi. W: M. Klein (red.), *Miłość, poczucie winy i reparacja. Pisma* (t. I, 1–25). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Klein, M. (1946/2005). Uwagi na temat niektórych mechanizmów schizoidalnych. W: M. Klein (red.), *Zawiść i wdzięczność. Pisma* (t. III, 1–25). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Klein, M. (1952/2005). Kilka wniosków teoretycznych na temat emocjonalnego życia niemowlęcia. W: M. Klein (red.), *Zawiść i wdzięczność* (t. III, 64–98). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Klein, M. (1955/2005). O identyfikacji. W: M. Klein (red.), *Zawiść i wdzięczność* (t. III, 150–184). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Klein, R. (1995). Intrapsychic structures. W: J. Masterson, R. Klein (red.), *Disorders of the Self: New Therapeutic Horizons: The Masterson Approach* (s. 45–68). New York: Brunner Mazel.
- Knight, R.P. (1953). Borderline states. *The Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, 1–12.
- Kofta, M. (2001). Stereotyp spiskowy jako centralny składnik antysemityzmu. W: A. Jasińska-Kania, M. Kofta (red.), *Stereotypy i uprzedzenia. Uwarunkowania psychologiczne i kulturowe*. Warszawa: Scholar.
- Kohut, H. (1966). Forms and transformation of narcissism. *Journal of the Psychoanalytic Association*, 14, 243–272.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self. A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York: International University Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International University Press.
- Kohut, H. (1982). Introspection, empathy and the semi-circle of mental health. *International Journal of Psychoanalysis*, 63, 395–407.
- Kohut, H., Wolf, E.S. (1978). The disorders of the self and their treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 59, 413–425.
- Kramer, R. (1998). Paranoid Cognition in Social Systems: Thinking and Acting in the Shadow of Doubt. *Personality and Social Psychology Review*, 2, 4, 251–275.
- Kramer, R. (2002). When paranoia makes sense? *Harvard Business Review*, 80, 7.
- Kretschmer, E. (1925). *Physique and Character*. London: Kegan Paul, Trench, Trübner.
- Kring, A.M., Johnson, S.L., Davison, G.C., Neale, J.M. (2012). *Abnormal Psychology*. Twelfth Edition. John Wiley and Sons.
- Król-Kuczkowska, A. (2008). Teoria przywiązania jako sposób rozumienia wewnętrznego świata pacjenta. W: B. Józefik, G. Iniewicz (red.), *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej* (s. 75–91). Wydawnictwo UJ.
- Krueger, R.F., Tackett, J.L. (2003). Personality and psychopathology: Working toward the bigger picture. *Journal of Personality Disorders*, 17, 2, 109–128.
- Kupfer, D.J., Rosenbaum, J.F., Detre, T.P. (1977). Personality Style and Sexual Functioning Among Psychiatric Outpatients. *The Journal of Sex Research*, 13, 4, 257–266.
- Langstrom, N., Sjostedt, G., Grann, M. (2004). Psychiatric disorders and recidivism in sexual offenders. *Journal of Research and Treatment*, 16, 2, 139–150.
- Laufer, M.E. (2008). Tożsamość płciowa i rzeczywistość. W: S. Budd, R. Rusbridger (red.), *Współczesna psychoanaliza brytyjska*. Warszawa: Ingenium.
- Leahy, R., Beck, J., Beck, A. (2005). Cognitive Therapy for the Personality Disorders. W: S. Strack (red.), *Handbook of Personology and Psychopathology* (s. 442–462). New Jersey: Wiley and Sons.
- Leckman, J.F., Mayes, L.C., Feldman, R., Evans, D.W., King, R.A., Cohen, D.J. (1999). Early parental preoccupations and behaviors and their possible relationship to the symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 1–26.

- Leising, D., Rogers, K., Ostner J. (2009). The Undisordered Personality: Normative Assumptions Underlying Personality Disorder Diagnoses. *Review of General Psychology*, 13, 3, 230–241.
- Lenzenweger, M.F., Clarkin, J.F. (2005). The personality disorders: History, classification, and research issues. W: M.F. Lenzenweger, J.F. Clarkin (red.), *Major Theories of Personality Disorders* (s. 1–42). New York–London: Guilford.
- Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W., Kessler, R.C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62, 553–564.
- Lenzenweger, M.F., Loranger, A. W., Korfine, L., Neff, C. (1997). Detecting personality disorders in a nonclinical population. Application of a 2-stage procedure for case identification. *Archives of General Psychiatry*, 54, 345–351.
- Linehan, M.M., (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, 3, 261–276.
- Linehan, M.M., (2007). *Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Livesley, W.J. (2001). Conceptual and Taxonomic Issues. W: J. Livesley (red.), *Handbook of Personality Disorders. Theory, Research, and Treatment*. New York: Guilford.
- Livesley, W.J. (2003). *Diagnostic dilemmas in the classification of personality disorder*. W: K.A. Phillips, M.B. First, H.A. Pincus (red.), *Advancing DSM. Dilemmas in Psychiatric Diagnosis* (s. 153–189). Washington: American Psychiatric Association.
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M.F., Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 854–860.
- Loranger, A.W., Janca, A., Sartorius N. (red.), (2007). *Assessment and Diagnosis of Personality Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lynam, D., Widiger, T. (2001). Using the Five-Factor Model to Represent the DSM-IV Personality Disorders: An Expert Consensus Approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 3, 401–412.
- Magnavita, J.J. (2005). Systems theory foundations of personality, psychopathology, and psychotherapy. W: S. Strack (red.), *Handbook of Personology and Psychopathology*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Mahler, M. (1971). A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 403–424.
- Mahler, M.S., Pine, F., Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: BasicBook.
- Maltz, W. (2002). Sex Therapy With Survivors of Sexual Abuse. W: P. Kleinplatz (red.), *New Directions in Sex Therapy* (s. 259–278). New York: Brunner-Routledge.
- Mancebo, M.C., Eisen, J.L., Grant, J.E., Rasmussen, S.A. (2005). Obsessive compulsive personality disorder and obsessive compulsive disorder: clinical characteristics, diagnostic difficulties, and treatment. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17, 197–204.
- Marmor, J. (1953). Orality in the hysterical personality. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 656–670.

- Martin, J.A., Penn, D.L., (2001). Social Cognition and subclinical paranoid ideation. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 261–265.
- Masterson, J.F., Rinsley, D.B. (1975). The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 163–177.
- Matsumoto, D., Juang, L. (2007). *Psychologia międzykulturowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- McCrae, R.R., Costa, P.T. Jr. (1990). *Personality in adulthood*. New York: Guilford.
- McCrae, R., Terracciano, A., Costa, P., Ozer, D. (2006). Person factors in the California adult Q-set: Closing the door on personality trait types? *European Journal of Personality*, 20, 29–44.
- McDevitt, J.B., Mahler, M. (1986). Object constancy, individuality, and internalization. W: R.F. Lax, S. Bach, J.A. Burland (red.), *Self and Object Constancy: Clinical and Theoretical Perspectives* (s. 11–28). New York–London: Guilford.
- McGilloway A., Hall, R.E., Lee, T., Bhui, K.S. (2010). A systematic review of personality disorder, race and ethnicity: prevalence, aetiology and treatment. *BMC Psychiatry*, 10, 33.
- McWilliams, N. (2009). *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mednick, S.A., Moffitt, T.E., Sttack, S.A. (1987). *The Casues of Crime. New Biological Approaches*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Meehl, P. (1962). Schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827–838.
- Meissner, W.W. (1988). *Treatment of Patients in the Borderline Spectrum*. New York: Jason Aronson.
- Meissner, W.W. (1980). The problem of internalization and structure formation. *The International Journal of Psychoanalytic*, 61, 237–248.
- Mellibruda, J. (2011). *Siedem ścieżek integracji psychoterapii. Ślady dziecięcych traum i toksycznych relacji jako wyzwanie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Meloy, J.R. (1995–1996). *The Psychopatic Personality*. San Diego: Specialized Training Services.
- Meyer, B., Pilkonis, P.A. (2005). An Attachment Model of Personality Disorders. W: M.F. Lenzenweger, J.F. Clarkin (red.), *Major Theories of Personality Disorder*. London: Guilford.
- Meyer, R. (2003). *Psychopatologia. Jeden przypadek – wiele teorii*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Meyer, R.E. (1989). Prospects for a rational pharmacotherapy of alcoholism. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 11, 403–412.
- Miach, P.P., Berah, E.F., Butcher, J.N., Rouse, S. (2000). Utility of the MMPI-2 in Assessing Gender Dysphoric Patients. *Journal of Personality Assessment*, 75, 2, 268–279.
- Mikulincer, M. (1998). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 513–524.
- Mikulincer, M., Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 917–925.

- Miller, J.D., Bagby, R.M., Pilkonis, P.A., Reynolds, S.K., Lynam, D.R. (2005). A Simplified Technique for Scoring DSM-IV Personality Disorders With the Five-Factor Model. *Assessment*, 12, 4.
- Miller, M.B., Useda, D.J., Trull, T.J., Burr, R.M., Minks-Brown, C. (2002). Paranoid, Schizoid, and Schizotypal Personality Disorders. W: P.B. Sutker, H.E. Adams (red.), *Comprehensive Handbook of Psychopathology*. New York: Kluwer Academic.
- Miller, T.W., Kraus, R.F. (2007). Modified dialectical behavior therapy and problem solving for obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 79–85.
- Millon, T. (1990). *Toward a New Personology*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1998). DSM narcissistic personality disorder: Historical reflections and future directions. W: E.F. Ronningstam (red.), *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications* (s. 75–101). Washington: American Psychiatric Press.
- Millon, T. (2002). *An evolutionary theory of personality*. The Official Website of Theodore Millon. <http://www.millon.net> [dostęp: 20.08.2012].
- Millon, T. (2010). Using evolutionary principles for deducing normal and abnormal personality patterns. W: T. Millon, R.F. Krueger, E. Simonsen (red.), *Contemporary Directions in Psychopathology. Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford.
- Millon, T. (2011). *Disorders of Personality. Introducing a DSM/ICD Spectrum from Normal to Abnormal* (3rd ed.). Hoboken: John Wiley and Sons.
- Millon, T., Davis, R.D. (1996). An evolutionary theory of personality disorders. W: J.F. Clarkin, M.F. Lenzenweger (red.), *Major Theories of Personality Disorders* (s. 221–346). New York–London: Guilford.
- Millon, T., Davis, R., Millon, C., Escovar, L., Meagher, S. (2005). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Millon, T., Grossman, C., Millon, C., Meagher, S., Ramnath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life* (2nd ed.). Hoboken: John Wiley and Sons.
- Millon, T., Grossman, S.D. (2005). Sociocultural factors. W: J.M. Oldham, A.E. Skodol, D.S. Bender (red.), *Textbook of Personality Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Millon, T., Grossman, S., Tringone, R. (2010). The Millon personality spectrometer. A tool for personality spectrum analyses, diagnoses, and treatments. W: T. Millon, R.F. Krueger, E. Simonsen (red.), *Contemporary Directions in Psychopathology. Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford.
- Mishne, J.M. (1986). *Clinical Work with Adolescents*. New York, NY: The Free Press.
- Moir, A., Jessel, D. (1998a). *Płec mózgu*. Warszawa: PIW.
- Moir, A., Jessel, D. (1998b). *Zbrodnia rodzi się w mózgu. Zagadka biologicznych uwarunkowań przestępczości*. Warszawa: KiW.
- Mokros, A., Osterheider, M., Hucker, S.J., Nitschke, J. (2011). Psychopathy and sexual sadism. *Law and Human Behavior*, 35, 188–199.
- Moore, B. (1975). Towards a clarification of the concept of narcissism. *Psychoanalytic Study of the Child*, 30, 243–276.
- Moore, B.E., Fine, B.D. (1996). *Słownik psychoanalizy. Klasyczne pojęcia, nowe koncepcje*. Warszawa: Jacek Santorski.

- Morey, L.C. (1991). *The Personality Assessment Screener: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Morrison, J. (2001). *DSM-IV Made Easy. The Clinician's Guide to Diagnosis*. New York: Guilford.
- Muchnik, M.M., Raizman, E.M. (1999). Homosexuality and paranoia. *International Journal of Psychotherapy*, 4, 2, 213–223.
- Namysłowska, I. (2000). Paranoja i reakcje paranoiczne. W: R. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Neeleman, A.J. (2007). Seksualiteit als thema in de behandeling van mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis [The relevance of sexuality in the treatment of borderline personality disorder]. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 49, 233–240.
- Newhill, C.E., (1990). The role of culture in the development of paranoid symptomatology. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 2, 176–185.
- Nicolo, G., Nobile, M.S. (2007). Paranoid personality disorder: model and treatment. W: G. Dimaggio, A. Semerari, A. Carcione, G. Nicolo, M. Procacci (red.), *Psychotherapy of Personality Disorders. Metacognition, States of Mind and Interpersonal Cycles*. New York: Routledge.
- Noblett, K.L., Coccaro, E.F. (2005). The psychobiology of personality disorders. W: M. Rosenbluth, S.H. Kennedy, R.M. Bagby (red.), *Depression and Personality. Conceptual and Clinical Challenges*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Noshpitz, J.D. (1984). Opening phase in the psychotherapy of adolescents with character disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 21, 153–164.
- Oldham, J.M. (2010). Psychodynamic treatment planning and the official diagnostic system: toward DSM-V. W: J.F. Clarkin, P. Fonagy, G.O. Gabbard (red.), *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: A Clinical Handbook* (s. 412–456). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Oldham, J.M., Morris, L.B. (1997). *Twój psychologiczny autoportret. Dlaczego czujesz, kochasz, myślisz, działasz właśnie tak?* Warszawa: Jacek Santorski.
- Oniszczenko, W., Dragan, W.Ł. (2008). *Genetyka zachowania w psychologii i psychiatrii*. Warszawa: Scholar.
- Ortigo, K.M., Bradley, B., Westen, D. (2010). An Empirically Based Prototype Diagnostic System for DSM-V and ICD-11. W: T. Millon, R.F. Krueger, E. Simonsen (red.), *Contemporary Directions in Psychopathology. Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford.
- Overholser, J.C., Kabakoff, R., Norman, W.H. (1989). The Assessment of Personality Characteristics in Depressed and Dependent Psychiatric Inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 53, 1, 40–50.
- Overmier, J.B. (2002). On Learned Helplessness. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 37, 1, 4–8.
- Paluchowski, J.W. (2001). *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Scholar.
- Paris, J. (1998). Psychotherapy for personality disorders: Working with traits. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, 3, 287–297.

- Paris, J. (2003). Sociocultural Factors in the Treatment of Personality Disorders. W: J.J. Magnavita (red.), *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Paris, J. (2004). Personality disorders over time. Implications for Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 58, 4, 420–429.
- Paris, J. (2005a). A current integrative perspective on personality disorders. W: J.M. Oldham, A.E. Skodol, D.S. Bender (red.), *Textbook of Personality Disorders*. American Psychiatric Publishing.
- Paris, J. (2005b). Nature and nurture in personality disorders. W: S. Strack (red.), *Handbook of Personology and Psychopathology*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Paris, J. (2010). Biopsychosocial model and psychiatric diagnosis. W: T. Millon, R.F. Krueger, E. Simonsen (red.), *Contemporary Directions in Psychopathology. Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford.
- Paris, J. (2012). Modernity and Narcissistic Personality Disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 1–11.
- Parnas, J., Licht, D., Bovet, P. (2005). Cluster A Personality Disorders: A Review. W: M. May, H.S. Akiskal, J.E. Mezzich, A. Okasha (red.), *Personality Disorders*. West Sussex: John Wiley and Sons.
- Parpottas, P. (2012). A critique on the use of standard psychopathological classifications in understanding human distress: The example of 'schizoid personality disorder'. *Consuelling Psychology Review*, 27, 1, 44–52.
- Pasikowski, T. (2004). Schizotypowe zaburzenie osobowości. W: L. Cierpiąłkowska (red.), *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2004). *Naruszanie norm prawnych w psychopatii. Analiza kryminologiczno-psychologiczna*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2008a). Samoregulacja i samokontrola a psychopatyczne zaburzenia osobowości. *Czasopismo Psychologiczne*, 14, 2, 247–254.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2008b). Psychopathy and gender differences. From norm to pathology. W: A. Chybicka, M. Kaźmierczak (red.), *Appreciating diversity – gender and cultural issues* (s. 381–414). Kraków: Impuls.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2011a). Psychologiczno-psychiatryczna problematyka psychopatii a potrzeby i praktyka opiniodawstwa w procesie stosowania prawa (s. 159–178). *Chowanna*, 54, 67, T. 2, 37, Psychologia a prawo – płaszczyzny teoretyczne i aplikacyjne (związki i różnice).
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2011b). The relationship of pathological gambling to criminality behavior in a sample of Polish male offenders. *Medical Science Monitor*, 17, 11, 669–675.
- Pastwa-Wojciechowska, B., Błażek, M., Kaźmierczak, M., Lewandowska-Walter, A., Kiełbratowska, B. (2010). W: T. Rostowska, B. Pastwa-Wojciechowska (red.), *Rozwój bliźniąt w ciągu życia. Aspekty biopsychospołeczne* (s. 137–156). Kraków: Impuls.
- Pastwa-Wojciechowska, B., Jodzio, K. (2000). Mózgowe uwarunkowania antyspołecznych zaburzeń osobowości w kontekście opiniowania sadowo-psychologicznego. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 9, supl. 2, 10, 263–270.

- Penick, E.C., Powell, B.J., Othmer, E., Bingham, S.F., Rice, A.S., Liese, B.S. (1984). Subtyping alcoholics by coexisting psychiatric syndromes: Course, family history, outcome. W: D.W. Goodwin (red.), *Longitudinal Research in Alcoholism* (s. 167–196). Boston: Kluwer-Nijhoff.
- Penn, D.L. (2001). Brief report. Social cognition and subclinical paranoid ideation. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 261–265.
- Peralta, V., Cuesta, M.J. (2005). The Premorbid Personality Background of Psychotic Disorders. W: M. May, H.S. Akiskal, J.E. Mezzich, A. Okasha (red.), *Personality Disorders*. West Sussex: John Wiley and Sons.
- Perry, J.C. (2007). Cluster C personality disorders: Avoidant, obsessive-compulsive, and dependent. W: G.O. Gabbard (red.), *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Persons, J.B. (1989). *Cognitive Therapy in Practice. A Case Formulation Approach*. New York, London: W.W. Norton.
- Petzer, J.P., Beck, A. (1996). A cognitive theory of personality disorders. W: J.E. Clarkin, M.E. Lenzenweger (red.), *Major Theories of Personality Disorder* (s. 36–104). New York: Guilford.
- Pfohl, B., Blum, N. (1995). Obsessive-compulsive personality disorder. W: W.J. Livesley (red.), *The DSM-IV Personality Disorders* (s. 261–276). New York: Guilford.
- Phillips, K., Gunderson, J. (1994). Personality Disorders. W: R. Hales, S. Yudofsky, J. Talbott (red.), *Textbook of Psychiatry* (s. 795–823). London: American Psychiatric Press.
- Pincus, A.L. (2005). A Contemporary Integrative Interpersonal Theory of Personality Disorders. W: M.F. Lenzenweger, J.F. Clarkin (red.), *Major Theories of Personality Disorder*. London: Guilford.
- Pincus, A.L., Wilson, K.R. (2001). Interpersonal Variability in Dependent Personality. *Journal of Personality*, 69, 2, 223–251.
- Pine, F. (1988). The four psychologies of psychoanalysis and their place in clinical work. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 571–598.
- Pollak, J.M. (1979). Obsessive-compulsive personality: A review. *Psychological Bulletin*, 86, 225–241.
- Pollak, J.M. (1987). Obsessive-compulsive personality: Theoretical and clinical perspectives and recent research findings. *Journal of Personality Disorders*, 1, 248–262.
- Popiel, A., Prąglowska, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Paradygmat.
- Porter, S., Campbell, M.A., Woodworth, M., Birt, A. (2003). A new psychological conceptualization of the sexual psychopath. W: S. Shohov (red.), *Advances in Psychology Research* (s. 51–65). New York, NY: Nova Science.
- Porter, S., Woodworth, M., Earle, J., Drugge, J., Boer, D. (2003). Characteristics of sexual homicides committed by psychopathic and nonpsychopathic offenders. *Law and Human Behavior*, 27, 459–470.
- Pospiszyl, K. (1985). *Psychopatia. Istota, przyczyny i sposoby resocjalizacji antysocjalności*. Warszawa: PWN.
- Pretzer, J.L. (2004). Cognitive Therapy of Personality Disorders. W: J.J. Magnavita (red.), *Handbook of Personality Disorders. Theory and Practice* (s. 169–193). Hoboken: John Wiley and Sons.

- Pretzer, J.L., Beck, A.T. (2005). A cognitive theory of personality disorders. W: M.F. Lenzenweger, J.F. Clarkin (red.), *Major Theories of Personality Disorder* (s. 43–113). New York: Guilford.
- Pulver, S.E. (1970). Narcissism – the term and the concept. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 319–341.
- Rado, S. (1956). *Schizotypal Organization: Preliminary Report on a Clinical Study of Schizophrenia*. In *Psychoanalysis and Behavior*. New York: Grune & Stratton.
- Rafaeli, E., Bernstein, D.P., Young, J. (2011). *Schema Therapy: Distinctive Features*. Hove, New York: Routledge.
- Raine, A. (1992). Sex Differences in Schizotypal Personality in a Nonclinical Population. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 2, 361–364.
- Raine, A. (2002). The biological basis of crime. W: J.Q. Wilson, J. Petersilia (red.), *Crime: Public Policies for Crime Control* (s. 43–74). Oakland, California: ICS Press.
- Raine, A., Buchsbaum, M., LaCasse, L. (1997). Brain abnormalities in murderers indicated by positron emission tomography. *Biological Psychiatry*, 42, 495–508.
- Rasmussen, S.A., Tsuang, M.T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 317–322.
- Reich, W. (1995). Niektóre typy charakteru. W M. Kets de Vries, S. Perzow (red.) *Podręcznik psychoanalitycznych studiów charakterologicznych* (s. 115–137), Warszawa: Jacek Santorski.
- Retzew, D.C. (2000). Avoidant personality disorder, generalized social phobia, and shyness: putting the personality back into personality disorders. *Harvard Review Psychiatry*, 8, 6, 283–297.
- Riesenberg-Malcolm, R. (1996). „How can we know the dancer from the dance?”. Hyperbole in hysteria. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 679–688.
- Rinsley, D.B. (1992). *Borderline and Other Self Disorders: A Developmental and Object-Relations Perspective*. New York: Jason Aronson.
- Roback, H., Strassberg, D., McKee, E., Cunningham, J. (1977). Self-concept and psychological adjustment differences between self-identified male transsexuals and male homosexuals. *Journal of Homosexuality*, 3, 15–20.
- Rodriguez Solano, J.J., Gonzalez De Chavez, M. (2000). Premorbid personality disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 44, 137–144.
- Rosen, K.V., Tallis, F. (1995). Investigation into the relationship between personality traits and OCD. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 445–450.
- Rosenberger, P., Miller, G. (1989). Comparing Borderline Definitions: Borderline and Schizotypal Personality Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 2, 161–169.
- Rounsaville, B.J., Alacron, R.D., Andrews, G., Jackson, J.S., Kendell, R.E., Kendler, K. (2002). Basic Nomenclature Issues for DSM-V. W: D.J. Kupfer, M.B. First, D.A. Regier (red.), *A Research Agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association.
- Ruocco, A.C., Laporte, L., Russell, J., Guttman, H., Paris, J. (2012). Response Inhibition Deficits in Unaffected First-Degree Relatives of Patients with Borderline Personality Disorder. *Neuropsychology*, 26, 4, 473–482.
- Safouan, M. (2012). *Cztery lekcje psychoanalizy*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Salekin, R.T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism. Clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*, 22, 79–112.
- Samuel, D.B., Widiger, T.A. (2004). Clinicians' personality descriptions of prototypic personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 18, 3, 286–308.
- Samuel, D.B., Widiger, T.A. (2008). A Meta-Analytic Review of the Relationships Between the Five-Factor Model and DSM-IV-TR Personality Disorders: A Facet Level Analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 8, 1326–1342.
- Samuel, D.B., Widiger, T.A. (2011). Conscientiousness and obsessive-compulsive personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2, 161–174.
- Sansone, R.A., Chu, J., Wiederman, M.W. (2011). Sexual behavior and borderline personality disorder among female psychiatric inpatients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*.
- Sansone, R.A., Barnes, J., Muennich, E. (2008). Borderline personality symptomatology and sexual impulsivity. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38, 53–60.
- Sansone, R.A., Levitt, J.B. Sansone, L.A. (2006). The Prevalence of Personality Disorders in Those with Eating Disorders. W: R.A. Sansone, J.B., Levitt (red.), *Personality Disorders and Eating Disorders* (s. 23–39). New York: Routledge.
- Sansone, R.A., Sansone, L.A. (2011). Sexual Behavior in Borderline Personality: A Review. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8, 2, 14–18.
- Sansone, R.A., Wiederman M.W. (2009). Borderline personality symptomatology, casual sexual relationships, and promiscuity. *Psychiatry*, 6, 36–40.
- Schane, M. (2012). *Differential Diagnosis: Schizoid Disorder vs. Asperger's Syndrome*. <http://www.mastersonkongresi.com> [dostęp: 10.08.2012].
- Schiffman, J., LaBrie, J., Carter, J., Cannon, T., Schulsinger, F., Parnas, J., Mednick, S. (2002). Perception of parent-child relationships in high-risk families, and adult schizophrenia outcome of offspring. *Journal of Psychiatric Research*, 36, 41–47.
- Schneider, W., Buchheim, P., Cierpka, M., Dahlbender, R.W., Freyberger H.J. i in. (2002). Operationalized psychodynamic diagnostics: A new diagnostic approach in psychodynamic psychotherapy. W: L.E. Beutler, M.L. Malick (red.), *Rethinking the DSM. A Psychological Perspective* (s. 177–198). Washington: APA.
- Schulte-Herbrüggen, O., Ahlers, C. J., Kronsbein, J.-M., Rüter, A., Bahri, S., Vater, A., Roepke, S. (2009). Impaired Sexual Function in Patients with Borderline Personality Disorder is Determined by History of Sexual Abuse. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 3356–3363.
- Scull, A. (2009). *Hysteria. The Biography*. Oxford: Oxford University Press.
- Segal, H. (2005). *Wprowadzenie do teorii Melanie Klein*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Seligman, M.E.P., Walker, E.F., Roseman, D.L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Shapiro, D. (1965/1999). *Neurotic Styles*. New York: BasicBooks.
- Shapiro, T. (1989). Psychoanalytic classification and empiricism with borderline personality disorder as a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 2, 187–194.
- Shapiro, T. (1989). *Psychotherapy of Neurotic Character*. New York: BasicBooks.
- Shaver, P.R., Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4, 133–161.

- Shea, M.T., Yen, S. (2005). Personality traits / disorders and depression. A Summary of Conceptual and Empirical Findings. W: M. Rosenbluth, S.H. Kennedy, R.M. Bagby (red.), *Depression and Personality. Conceptual and Clinical Challenges*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Shedler, J. Westen, D. (2007). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making Personality Diagnosis Clinically Meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89, 1, 41–55.
- Sherry, A., Lyddon, W.J., Henson, R.K. (2007). Adult attachment styles and developmental personality styles: An empirical study. *Journal of Counselling and Development*, 85, 337–348.
- Shorey, H.S., Snyder, C.R. (2006). The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology*, 10, 1, 1–20.
- Siever, L., Steinberg, B., Trestman, R., Intrator, J. (1994). *Personality Disorders*. American Psychiatric Press Review of Psychiatry, 13. Washington: American Psychiatric Press.
- Silverstein, M. L. (2007). *Disorders of the Self. A Personality-Guided Approach*. Washington: APA.
- Simonsen, E. (2010). The integration of categorical and dimensional approaches to psychopathology. W: T. Millon, R.F. Krueger, E. Simonsen (red.), *Contemporary Directions in Psychopathology. Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford.
- Singh, D., McMain, S., Zucker, K.J. (2010). Gender identity and sexual orientation in women with Borderline Personality Disorder. *International Society for Sexual Medicine*, 8, 447–454.
- Skodol, A.E, Gunderson, J.G, Shea, M.T. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, 19, 487–504.
- Skodol, A.E. (2009). Manifestations, clinical diagnosis, and comorbidity. W: J.M. Oldham, A.E. Skodol, D.S. Bender (red.), *Essentials of Personality Disorders* (s. 37–61). Washington, DS: American Psychiatric Publishing.
- Smelkowska-Zdziabek, A. (2004). Narcystyczne zaburzenia osobowości. W: L. Cierpiałkowska (red.), *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia* (s. 189–208). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Smith, A. (2006). Cognitive empathy and emotional empathy in human behavior and evolution. *The Psychological Record*, 56, 3–21.
- Soroko, E. (2004). Osobowość paranoiczna. W: L. Cierpiałkowska (red.), *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- South, S.C., Eaton, N.R., Krueger, R.F. (2010). The Connections between Personality and Psychopathology. W: T. Millon, R.F. Krueger, E. Simonsen (red.), *Contemporary Directions in Psychopathology. Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford.
- Sperry, L. (2006). *Cognitive Behavior Therapy of DSM-IV-TR Personality Disorder*. New York: Routledge.
- Sperry, L. (2003). *Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-IV-TR Personality Disorders*. New York–Hove: Brunner-Routledge.

- Steiner, J. (1987). The interplay between pathological organizations and the paranoid-schizoid and depressive positions. *The International Journal of Psychoanalysis*, 68, 1, 69–80.
- Steiner, J. (2010). *Psychologiczny azyl*. Warszawa: Imago.
- Steiner, J. (2012). Równowaga między pozycją paranoidalno-schizoidalną a pozycją depresyjną. W: R. Anderson (red.), *Kliniczne wykłady na temat teorii Klein i teorii Biona* (s. 61–74). Warszawa: Ingenium.
- Stern, D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant. A View From Psychoanalysis and Development Psychology*. New York: BasicBooks.
- Stone, M.H. (1985). Disturbances in sex and love in borderline patients. W: Z. de Fries, R.C. Friedman, R. Corn (red.), *Sexuality: New Perspectives* (s. 159–186). Westport-London: Greenwood.
- Stone, M.H. (2006). *Personality-disordered Patients. Treatable and Untreatable*. London: American Psychiatric Publishing.
- Stone, M.H. (2007). Treatability in severe personality disorders: how far do the science and art of psychotherapy carry us? W: B. van Luyn, S. Akhtar, W.J. Livesey (red.), *Severe Personality Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strack, S. (2002). *Essentials of Millon Inventories Assessment*. New York: John Wiley and Sons.
- Stricker, G., Gold, J. (2010). *Studia przypadków psychoterapii*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Struck, S., Millon, T. (2007). Contributions to the dimensional assessment of personality disorders using Millon's model and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III). *Journal of Personality Assessment*, 89, 1, 56–69.
- Sue, D., Sue, D.W., Sue, S. (2010). *Understanding Abnormal Behavior*. Wadsworth: Cengage Learning.
- Sullivan, H.S. (1968). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: W.W. Norton.
- Świrydowicz, T. (2004). Schizoidalne zaburzenie osobowości. W: L. Cierpiałkowska (red.), *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Świła, J. (2002). Teoria relacji z obiektem O.F. Kernberga – prezentacja podstawowych założeń. W: L. Cierpiałkowska, J. Gościński (red.), *Współczesna psychoanaliza. Teorie relacji z obiektem* (s. 67–94). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Taylor, M.A., Vaidya, N.A. (2009). *Descriptive Psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, M.A., Vaidya, N.A., (2009). *Descriptive Psychopathology. The Signs and Symptoms of Behavioral Disorders*. Cambridge University Press.
- Thackery, E., Haris, M. (2003). *The Gale Encyclopedia of Mental Disorders*. Farmington: Thompson Gale.
- Thylstrup, B., Hesse, M., (2009). „I am not complaining” – Ambivalence Construct in Schizoid Personality Disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 63, 2, 147–167.
- Trull, T.J., Widiger, T.A., Lynam, L.R., Costa Jr., P.T. (2003). Borderline Personality Disorder from the Perspective of General Personality Functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 193–202.

- Trzebińska, E. (2009). Afektywny model zaburzeń osobowości. W: E. Trzebińska (red.), *Szaleństwo bez utraty rozumu. Z badań nad zaburzeniami osobowości* (s. 79–101). Warszawa: SWPS Academica.
- Tseng, W.S. (2003), *Clinician's Guide to Cultural Psychiatry*. San Diego–London: Academic Press.
- Turkat, I.D. (1985). Formulation of paranoid personality disorder. W: I.D. Turkat (red.), *Behavioural Case Formulation*. Springer.
- Turkat, I.D., Banks, D.S. (1987). Paranoid personality and its disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 9, 3, 295–304.
- Tyrer, P. (2005). The Anxious Cluster of Personality Disorders: A Review. W: M. Maj, H.S. Akiskal, J.E. Mezzich, A. Okasha (red.), *Personality Disorders* (s. 349–375). New York: John Wiley and Sons.
- Tyson, P., Tyson, R.L. (1990). *Psychoanalytic Theories of Development*. Yale: Yale University Press.
- van Minnen, A., Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 1, 47–57.
- Vaughn, M.G., Howard, M.O., DeLisi, M. (2008). Psychopathic personality traits and delinquent careers: An empirical examination. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 407–416.
- Verheul, R., Widiger, T. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 18, 309–319.
- Verona, E., Vitale, J. (2006). Psychopathy in women: Assessment, manifestations, and etiology. W: C.J. Patrick (red.), *Handbook of Psychopathy* (s. 415–436). New York: Guilford.
- Villemarette-Pittman, N.R., Stanford, M.S., Greve, K.W., Houston, R.J., Matthias, C.W. (2004). Obsessive-compulsive personality disorder and behavioral disinhibition. *The Journal of Psychology*, 138, 5–22.
- Wallin, D. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. Nowy Jork: Guilford.
- Waska, R. (2003). Fragmented attachments: The paranoid-schizoid experience of loss and persecution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 1, 50–65.
- Waynik, M. (1985). Paranoia as a cultural phenomenon: Treatment of an Indian physician, *American Journal of Psychotherapy*, 39, 4, 587–592.
- Wciórka, J. (red) (2008). *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Webb, C.T., Levinson, D.F. (1993). Schizotypal and paranoid personality disorder in the relatives of patients with schizophrenia and affective disorders: A review. *Schizophrenia Research*, 11, 1, 81–92.
- Weishaar, M.E., Beck, A.T. (2006). Cognitive Theory of Personality and Personality Disorders. W: S. Strack (red.), *Differentiating Normal and Abnormal Personality* (s. 113–135). New York: Springer.
- Weissman, M.M. (1993). The epidemiology of personality disorders: A 1990 update. *Journal of Personality Disorders*, 7, 44–62.

- Westen, D., Bradley, R. (2005). Prototype Diagnosis of Personality. W: P. Stark (red.), *Handbook of Personology and Psychopathology*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Westen, D., DeFife, J.A., Bradley, B., Hilsenroth, M.J. (2010). Prototype Personality Diagnosis in Clinical Practice: A Viable Alternative for DSM-5 and ICD-11. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 6, 482–487.
- Westen, D., Gabbard, G.O., Blagov, P. (2006). Back to the Future: Personality Structure as a Context for Psychopathology. W: R.F. Krueger, J.L. Tackett (red.), *Personality and Psychopathology*. New York: Guilford.
- Widiger, T.A., Sanderson, C.J. (1995). Toward a dimensional model of personality disorder. W: W.J. Livesley (red.), *The DSM-IV Personality Disorders*. New York: Guilford.
- Widiger, T.A. (2001). Official Classification Systems. W: J. Livesley (red.), *Handbook of Personality Disorders. Theory, Research, and Treatment*. New York: Guilford.
- Widiger, T.A., Bornstein R.F. (2002). Histrionics, Dependent, and Narcissistic Personality Disorders. W: P.B. Sutker, H.E. Adams (red.), *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (s. 509–531). New York–Boston–Dordrecht–London–Moscow: Kluwer Academic.
- Widiger, T.A., Costa, P.T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 1, 78–91.
- Widiger, T.A., Lowe, J.R. (2010). Personality Disorders. W: M.M. Antony, D.H. Barlow (red.), *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. New York: Guilford.
- Widiger, T.A., Mullins-Sweatt, S.N. (2005). Categorical and Dimensional Models of Personality Disorders. W: J.M. Oldham, A.E. Skodol, D.S. Bender (red.), *Textbook of Personality Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Widiger, T.A., Shea, T. (1991). Differentiation of Axis I and Axis II disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 3, 399–406.
- Wilkinson-Ryan, T., Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157, 528–41.
- Winnicott, D.W. (2010). Niedojrzałość w okresie dojrzewania. W: *Dom jest punktem wyjścia* (s. 143–162). Gdańsk: Imago.
- Winnicott, D.W. (1971/2008). *Playing and Reality*. New York: Penguin.
- Winnicott, D.W. (1958). *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: Collected Papers*. London: Tavistock.
- Wojtyński, B., Goryński, P. (2008). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego – PZH.
- Wolff, S. (1992). Psychiatric morbidity and criminality in 'schizoid' children grown up: A records survey. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1, 214–221.
- World Health Organization (1992/2000). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, wyd. 2 uzupełnione. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- World Health Organization (1994). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research, World Health Organization, Geneva.

- World Health Organization (1998). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagностyczne. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Young, J.E. (2004). *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*. www.schematherapy.com [dostęp: 20.02.2013].
- Young, J.E., Klosko, J.S. (2005). Schema Therapy. W: J.M. Oldham, A.E. Skodol, D.S. Bender (red.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders* (s. 289–306). Washington–London: American Psychiatric Publishing.
- Young, J.E., Gluhoski V.L. (1996). Schema-focused diagnosis for personality disorders. W: F.W. Kaslow (red.), *Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns* (s. 300–321). New York: John Wiley and Sons.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford.
- Yovel, I., Revelle, W., Mineka, S. (2005). Who sees trees before forest? The obsessive-compulsive style of visual attention. *Psychological Science*, 16, 123–129.
- Yudofsky, S.C. (2005). *Fatal Flows. Navigating Destructive Relationships with People with Disorders of Personality and Character*. New York: American Psychiatric Publishing.
- Zahar, P., Kendler, K.S. (2010). Philosophical Issues in the Classification of Psychopathology. W: T. Millon, R.F. Krueger, E. Simonsen (red.), *Contemporary Directions in Psychopathology: Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 19, 505–523.
- Zanarini, M., Parachini, E., Frankenburg, F., Holman, J., Hennen, J., Reich, D., Silk, K. (2003). Sexual relationship difficulties among borderline patients and axis II comparison subjects. *Journal of Nervous Mental Disease*, 191, 479–482.
- Zetzel, E. (1971). A developmental approach to the borderline patient. *American Journal of Psychiatry*, 127, 867–871.
- Zubenko, G.S., George, A.W., Soloff, P.H., Schulz, P. (1987). Sexual practices among patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 144, 748–752.

<http://www.millon.net/taxonomy/narcissistic.htm>

<http://www.docstoc.com>